



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO DE PSICOLOGIA

COMPREENDENDO A PERSONALIDADE DO DEPENDENTE QUÍMICO NO ENFOQUE DA GESTALT TERAPIA

JULIANA MALUF SILVA LIMA DE OLIVEIRA

BRASÍLIA
NOVEMBRO/2006

JULIANA MALUF SILVA LIMA DE OLIVEIRA

COMPREENDENDO A PERSONALIDADE DO
DEPENDENTE QUÍMICO NO ENFOQUE DA
GESTALT TERAPIA

Monografia apresentada como requisito
para conclusão do curso de Psicologia,
da Faculdade de Ciências da Saúde do
UniCEUB – Centro Universitário de
Brasília, sob orientação da Doutora
Carlene Maria Dias Tenório.

Brasília/DF, Novembro de 2006

ao Davi,

que despertou em mim, sem saber, o interesse pelo tema deste trabalho. E que durante a produção deste, esteve muito presente em meus pensamentos. É uma pessoa que marcou minha vida e para sempre será especial. É com todo carinho que lhe dedico este precioso estudo.

Agradeço a

Deus, primeiramente, que me iluminou e concedeu-me forças para percorrer este longo caminho.

Minha mãe, que durante esses cinco anos, esteve comigo torcendo por esta vitória. E ao Paulo por suas palavras sábias.

Carlene, por todas as horas dedicadas à mim com enorme atenção e consideração. E aos demais professores, que fizeram parte da minha jornada, contribuindo para meu crescimento pessoal e profissional.

Meus amigos, pela compreensão da minha ausência nos encontros. E todas as pessoas, que, de alguma maneira, contribuíram com palavras e gestos de apoio e incentivo.

Obrigada a todos!

Sumário

INTRODUÇÃO.....	07
1 – Dependência química: conceitos e teorias.....	10
2 – Fatores desencadeantes da dependência química.....	17
3 – A personalidade do dependente químico.....	25
4 – O conceito e o desenvolvimento da personalidade no enfoque da Gestalt Terapia.....	31
5 – Os mecanismos de interrupção do contato e suas relações com os transtornos da personalidade e com as fronteiras fixadas no contato e no retraimento.....	38
5.1. Os mecanismos de interrupção do contato.....	39
5.1.1. Introjeção.....	39
5.1.2. Projeção.....	40
5.1.3. Confluência.....	41
5.1.4. Egotismo.....	41
5.1.5. Retroflexão.....	42
5.1.6. Proflexão.....	42
5.1.7. Deflexão.....	43
5.1.8. Dessensibilização.....	43
5.1.9. Fixação.....	43
5.2. Personalidades fixadas no contato e no retraimento e suas relações com os mecanismos de interrupção do contato.....	44
5.3. Os Transtornos da Personalidade.....	45
5.3.1. Transtorno da Personalidade Paranóide.....	45
5.3.2. Transtorno da Personalidade Esquizóide.....	45
5.3.3. Transtorno da Personalidade Esquizotípica.....	46
5.3.4. Transtornos da Personalidade Anti-Social.....	47
5.3.5. Transtornos da Personalidade Boderline.....	47
5.3.6. Transtornos da Personalidade Histriônica.....	48
5.3.7. Transtornos da Personalidade Narcisista.....	49
5.3.8. Transtornos da Personalidade Esquiva.....	49

5.3.9. Transtornos da Personalidade Dependente.....	50
5.3.10. Transtornos da Personalidade Obsessivo-Compulsiva.....	50
5.4. Personalidades fixadas no contato e no retraimento e suas relações com os transtornos da personalidade.....	51
6 – Metodologia de pesquisa.....	53
6.1. Principais características e objetivos da pesquisa qualitativa.....	53
6.2. Objetivos da pesquisa realizada.....	57
6.3. Procedimentos Metodológicos.....	58
6.3.1. Escolha e descrição dos sujeitos.....	58
6.3.2. Coleta dos dados.....	58
6.3.3. Análise dos dados.....	59
7 – Resultados da pesquisa (análise de conteúdo).....	62
7.1. Sujeito 1.....	62
7.2. Sujeito 2.....	70
8 – Discussão dos resultados.....	78
CONCLUSÃO.....	87
Apêndice 1 – Carta de apresentação e termo de consentimento.....	90
Apêndice 2 – Roteiro de entrevista.....	91
Apêndice 3 – Transcrição das entrevistas.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo principal compreender a personalidade do dependente químico no enfoque da Gestalt Terapia. Para isso foi investigado teoricamente e empiricamente o tema proposto, com fins de obter maiores dados, enriquecendo o conhecimento e a compreensão do assunto em questão. Na revisão bibliográfica foram abordados conceitos e teorias que existem acerca da dependência química, no sentido de clarificar as expressões que estão intimamente relacionadas ao problema. Foram também expostos os possíveis fatores que causam a vulnerabilidade para a dependência química no indivíduo e para formação de uma personalidade com características neuróticas que favorecem o hábito de usar drogas. Como parte prática, foram realizadas entrevistas com dois dependentes químicos, ambos do sexo masculino, com idades de 42 e 49 anos, com o objetivo de descrever os significados da droga para eles, compreendendo os aspectos subjetivos e as consequências vividas pelo indivíduo em sua relação com a droga. Como conclusão foi constatado que a personalidade dos sujeitos estudados, durante o período da dependência, se caracterizam pela utilização de mecanismos de interrupção do contato, que geram padrões de comportamentos com características neuróticas.

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas é tão antigo quanto a existência humana. Há milênios atrás, os antigos já haviam descoberto as drogas e faziam uso delas em função de seus vários objetivos. A droga teve sua origem associada ao sagrado, como uma maneira de fazer contato com os deuses e foram usadas durante séculos como remédios caros e preciosos. Os gregos, por exemplo, entendiam que qualquer droga se constitui em um veneno e remédio potencial, dependendo da dose, do objetivo do uso, da pureza, das condições de acesso a esse produto e dos modelos culturais de uso.

Nesse tempo, o uso das drogas foi disseminado graças aos seus efeitos anestésicos e ao fato de provocarem euforia, causavam sentimentos de admiração e fascínio nas pessoas, sendo utilizadas em ocasiões festivas e solenes. Encontrava-se, naquela época, de um lado, o glamour relacionado à “loucura” das substâncias psicoativas, o que levou muita gente a acreditar que podiam trazer bem-estar aos usuários, criando uma curiosidade pela experimentação e, por outro lado, o desconhecimento sobre os seus efeitos destrutivos. A ambivalência em relação ao consumo de drogas alcançou o apogeu no começo do século XX.

Resta dizer, que as drogas sempre fizeram parte da civilização e não há motivo para crer que a “cultura das drogas” é recente, dos dias atuais. Mas sim, que ela se intensificou, tomando proporções maiores e saindo do controle da humanidade. Com isso, pode-se dizer, que essa questão se agravou nos últimos tempos, sendo considerada como o “mal da civilização” e objeto de estudo de muitos pesquisadores.

O conceito de drogas, como é percebido hoje, em hipótese alguma pode ser deslocado da contemporaneidade aos séculos passados. Esse conceito, em que se define claramente o que é remédio, o que é substância socialmente aceita e o que é droga é uma divisão que nunca existiu.

Em pleno século XXI, vive-se uma fase de transição, com mudanças rápidas, quanto ao desenvolvimento tecno-científico, com o aumento da população, a ampliação dos meios de telecomunicações e a modificação dos costumes e de determinadas concepções sobre o próprio homem, a vida e o mundo, produzindo uma nova civilização. Esta, sem dúvida, encontra-se no limiar da Era Nova, onde se sobressai a problemática das drogas (Dibo, 2001).

Hoje, a civilização moderna, enfrenta uma nova luta: a luta da droga. Há mais ou menos 20 anos que a droga se tornou um mal generalizado que vinga em todos os países (de primeiro,

segundo e terceiro mundo), em todos os meios (nos lares, nas escolas e nas Universidades) e em todas as classes sociais (da classe alta até a mais baixa). A droga assumiu proporções incríveis, não é mais um fenômeno isolado, mas um recurso que se oferece a todos os membros de uma sociedade, indo dos adolescentes aos adultos (Charbonneau, 1983).

Foi nesse momento, em que as drogas se espalharam em massa, que os psicólogos, os educadores, os sociólogos e a imprensa passaram a classificar o problema das drogas como um grave perigo social (*idem*). Diante dessa situação, o objeto do presente trabalho surgiu a partir da seguinte reflexão: “Por que uns experimentam a droga e não mais usam? Enquanto outros, prosseguem no uso, aumentando seu consumo, até chegar à dependência química?”

Tendo em vista que a problemática das drogas se configura em âmbito mundial, a autora da presente monografia escolheu a dependência química como tema para este trabalho, por ser uma questão pertinente à problemática social e moral, que interfere negativamente nas situações do dia-a-dia e na vida do indivíduo de uma maneira geral.

Essa monografia pretende compreender a personalidade do dependente químico através do enfoque da Gestalt Terapia, bem como os fatores que desencadearam a vulnerabilidade do indivíduo para o uso da droga e os fatores que mantiveram esse uso contínuo, chegando a se instalar e fazer parte da vida do indivíduo, ao ponto dele não conseguir viver sem a substância. Ou seja, esse trabalho pretende compreender as características do comportamento do dependente químico, privilegiando seus aspectos subjetivos e simbólicos na interação do indivíduo com as drogas.

Para isso, este trabalho está constituído por oito capítulos, sendo os cinco primeiros teóricos e os outros três compreendendo a parte prática. O primeiro trata da conceitualização da dependência química, onde são esclarecidas suas teorias. O segundo capítulo compreende os prováveis fatores que podem conduzir à dependência química e o terceiro diferencia as opiniões de uma personalidade específica para o dependente químico. O quarto e o quinto capítulo apresentam a visão da Gestalt Terapia sobre o conceito e o desenvolvimento da personalidade, bem como seus transtornos e os ajustes que o indivíduo realiza para se adaptar ao meio em que vive.

O capítulo seis abrange o método que foi utilizado para a realização da pesquisa sobre o tema em questão e no capítulo sete são expostos os resultados dessa pesquisa, onde é feita a análise dos dados colhidos. No capítulo oito, os resultados são discutidos, com base nos capítulos

teóricos e nos dados empíricos, considerados de maior relevância para a clarificação das questões do presente trabalho.

Com a apresentação desta monografia, fruto de um estudo teórico e empírico no âmbito de um trabalho acadêmico, tem-se como um dos objetivos, além dos já citados anteriormente, partilhar com os interessados, os sentidos apreendidos na problemática da dependência química, contribuindo dessa maneira, para o maior entendimento do tema proposto.

1 – DEPENDÊNCIA QUÍMICA: CONCEITOS E TEORIAS

Antes de explicar esse complexo fenômeno, que é a dependência química, faz-se necessário iniciar este capítulo, trazendo a clarificação de algumas expressões, que estão relacionadas com a problemática da dependência química e que serão usadas no decorrer deste trabalho.

A propósito, a expressão “droga” (ou tóxico) indica qualquer substância natural ou sintética que envenena (ou intoxica) o organismo humano. Portanto, drogas (ou tóxicos) são substâncias de origem animal, vegetal ou mineral, que introduzidas em quantidades suficientes num ser vivo, produzem efeitos maléficos podendo, inclusive, levá-lo a morte. A Organização das Nações Unidas (ONU), em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu droga como qualquer substância que ao ser introduzida em um organismo vivo possa modificar uma ou mais de suas funções (Dibo, 2001).

Contudo, num sentido restrito o termo “tóxico” refere-se a “determinadas substâncias psicotrópicas”. A expressão “psico” refere-se a mente, ao cérebro, e “tropismo” indica atração. Daí as substâncias psicotrópicas, conseqüentemente, têm ação sobre o cérebro e o Sistema Nervoso Central (SNC). Chama-se de “psicoativas” as drogas psicotrópicas, que alteram o funcionamento do SNC, principalmente a consciência, as funções cognitivas, o afeto e a sensopercepção. Quando se usa uma droga psicoativa, o efeito por ela produzido é de alguma forma agradável ao indivíduo, proporcionando um caráter de recompensa prazerosa (*idem*).

Em relação as drogas é comum se encontrar a expressão “toxicomania”. A definição elaborada pela Organização Mundial da Saúde para esta expressão é a seguinte: consumo repetido de uma droga, natural ou sintética, produzindo um estado de intoxicação periódica ou crônica, nociva ao indivíduo e à sociedade. Existe também o termo “tolerância”, que se refere à necessidade, por parte do usuário, de doses cada vez maiores de uma determinada droga, para se obter o mesmo efeito produzido pela utilização regular dessa substância nas mesmas doses, ao longo de um determinado período, surgindo assim, a “dependência” (*idem*).

A definição do termo dependência química, tem sido proposta por biomédicos, médicos, psicólogos, críticos sociais, públicos em geral e pelos próprios dependentes. Gerando assim, controvérsias sociais, médicas e científicas, que precisam ser resolvidas, para que haja um melhor entendimento do que venha a ser o fenômeno da dependência.

O substantivo dependência (*adicción*) designa em castelhano a inclinação ou apego de alguém a algo. O adjetivo dependente (*adicto*), por sua vez, define a pessoa francamente propensa à prática de algo. Na Língua Portuguesa, Silveira Bueno (1996) explica a dependência, de uma maneira geral, como sujeição e subordinação, e dependente, a pessoa que está sujeita a outra ou a algo. Sacconi (1996) esclarece a dependência como necessidade compulsiva ou crônica e descreve o dependente, como aquele que tem necessidade de consumir alguma droga. Portanto, o que determinará uma atitude dependente é o uso da droga e não o produto consumido (Kalina, 1987).

Em 1964, a dependência de drogas foi definida, como um estado resultante da administração repetida de uma droga, de modo contínuo ou periódico, sendo que suas características, física ou química, vão depender do tipo de droga envolvida (Edwards, 1994).

Para avaliar a verdadeira dimensão da dependência, deve-se identificar o limite até onde o usuário irá para conseguir determinada droga, estabelecer em que extensão a droga domina sua vida e seus valores, e julgar o nível de controle que ele tem sobre ela. Quando o uso da droga se transforma no centro da existência de uma pessoa, tornando-se mais importante que outros aspectos de sua vida, pode-se dizer que ela é viciada ou dependente (Cox, 1988).

O CID-10 (Código Internacional de Doenças) define a dependência como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo, que outros comportamentos que antes tinham mais valor (Silveira Filho, 1996).

A dependência química torna o indivíduo escravo das drogas sem as quais não consegue viver ou não vive bem psicologicamente. Quando o uso da droga torna-se imprescindível, a ponto de o usuário ter a sensação de que não pode passar sem ela e orientar sua vida para a aquisição do produto, a que preço for, moral ou monetário, pode-se falar em dependência fisiológica ou psíquica (Dibo, 2001; Cox, 1988).

A fisiológica manifesta-se no indivíduo pelo temor de sofrimentos físicos, que são geralmente, muito difíceis de suportar. A psíquica corresponde à necessidade imperiosa de sentir os efeitos agradáveis da droga, no que diz respeito às vivências interiores. Quando alguém é psicologicamente dependente, sente um anseio incontrolável por determinada substância (Cox, 1988).

Para a Organização Mundial de Saúde, a dependência química é o estado psíquico e algumas vezes físico, resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações de comportamento e outras reações, que sempre incluem um impulso a utilizar a substância de modo contínuo ou periódico, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, às vezes evitar o sofrimento de sua falta. Também para a OMS, as duas formas de dependência do consumo de drogas são: dependência psíquica e física (Silveira Filho, 1996).

Dependência psíquica: situação na qual existe um sentimento de satisfação e um impulso psíquico, que exige a administração regular ou contínua da droga, para produzir prazer ou evitar mal-estar. Esse estado mental é evidentemente o mais potente de todos os fatores implicados na intoxicação crônica com drogas psicotrópicas, e pode ser o único fator em certos tipos de drogas.

Dependência física: estado no qual, após a administração repetida de uma droga, o organismo passa a necessitar a presença dessa droga para o seu funcionamento normal. O estado de adaptação manifesta-se pelo aparecimento de intensos transtornos físicos, quando interrompe a administração da droga.

De acordo com Silveira Filho (1996) o termo dependência, de uma forma geral, refere-se a comportamentos caracterizados pela falta de limites e a dificuldade do indivíduo em se conter, gerando o abuso ou excesso do comportamento, que originou o problema. O autor complementa dizendo, que a dependência psíquica é o estado mental caracterizado pelo impulso a utilizar uma droga psicotrópica, periódica ou continuamente, com a finalidade de obtenção de prazer ou de aliviar uma tensão. E a dependência física é a necessidade por parte de um organismo, que para conservar seu equilíbrio, é indispensável o fornecimento regular de uma determinada substância exógena.

Se a substância exógena não é adquirida, o organismo estabelece a chamada “síndrome ou crise de abstinência”, que é quando um dependente retira, de maneira brusca ou total, toda e qualquer droga, com isso, o corpo não suporta essa crise e entra em estado de pânico. Ela pode ser caracterizada por sintomas gerais, como por exemplo, convulsões, náuseas, excitação e ataques, como também, por sintomas psiquiátricos, delírios, alucinações, desorientação e estados confusionais. Os sinais e sintomas de abstinência dependem do tipo de substância utilizada e aparecem algumas horas ou dias depois que ela foi consumida pela última vez.

Havendo abstinência, considera-se um sinal de que há dependência, ou seja, só pode considerar dependente a pessoa que experimenta algum tipo de mal-estar quando abstinente. É por isso que o estudo da dependência química sempre enfocou, conjuntamente, a manifestação da síndrome de abstinência (Ballone, 2005).

O uso regular de drogas psicotrópicas desencadeia outra reação básica além da dependência, que é a tolerância. Como foi dito anteriormente, ela acontece quando determinada quantidade de droga tem cada vez menos efeito no organismo do indivíduo que a ingeriu. Assim, à medida que o SNC se adapta à droga, o usuário precisa de doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito. Esse fenômeno parece resultar de reações naturais do corpo, que reage como se “soubesse” que a droga é uma substância estranha, preparando defesas para neutralizar seus efeitos (Cox, 1988).

Na tolerância física, o organismo pode metabolizar cada vez mais rapidamente a droga, eliminando-a mais depressa, incluindo-a num novo equilíbrio metabólico funcional e criando maior resistência física. Essa tolerância tem fundamentos biológicos e independe da vontade. Existem outras pessoas que não se saciam com o estado atingido e querem cada vez mais, de maneira que tomam doses cada vez maiores. Tornam-se tolerantes ao bem-estar, acostumando-se e exaurindo-se rapidamente os estados recém-adquiridos. É a tolerância psíquica, que não depende do organismo: é regida por mecanismos psíquicos (Silveira Filho, 1996).

O comportamento dependente se caracteriza por ser excessivo, compulsivo, fora do controle e psíquica fisicamente destrutivo (Cox, 1988). O corpo habitua-se ao elemento estranho incorporado, lhe dá lugar e pede mais; se não o recebe, emite sinais que tornam a carência irresistível. Todas as drogas podem gerar dependência, embora em distintos graus, mas nem todas determinam o fenômeno da tolerância.

O aumento muito elevado de doses potencializa o risco de uma morte súbita, por overdose. Uma definição usada é: overdose é o uso de qualquer droga em tais quantidades, que efeitos adversos agudos físicos e mentais ocorrem. Ela pode ser deliberada ou acidental, fatal ou não fatal. Apesar desta definição parecer precisa, existe ambigüidade, por exemplo, a respeito dos efeitos que de fato constituem uma overdose não fatal. Os efeitos também variam consideravelmente de um indivíduo para outro, em relação à droga e às circunstâncias em que a overdose ocorre (Costa, 2000).

Pode-se dizer, segundo Olievenstein (1984), que as características da dependência química são: um desejo irresistível ou uma necessidade imperiosa de consumir a droga e procurá-la para si mesmo por todos os meios possíveis; uma tendência para aumentar as doses e uma dependência de ordem psicológica e/ ou física em relação aos efeitos da droga.

Feita a explanação, anteriormente, acerca do conceito da dependência química, resta agora diferenciar o dependente do usuário. Vale ressaltar, que essa diferença ainda é muito confusa, visto que a linha que os separa é tênue, mas alguns elementos ajudam na diferenciação.

Usuários são aqueles que conseguem manter um uso controlado, a nível de uma “dependência negociada”, que não coloca em cheque a inserção social ou profissional. Não fazem um “compromisso social” com a droga (Bucher, 1992).

Segundo a OMS, o dependente é definido pelo desejo incontrolável de tomar o medicamento pelas tendências de dependência física e psíquica, apresentando repercussões sociais intensas. Já o usuário, é definido por ausências desses fatores (Tiba, 1998).

Quando se consome a droga repetidamente, sem provocar todas as características existentes na dependência química e que, em geral, não é considerada nociva ao indivíduo e à sociedade, é considerado um usuário, de acordo com Olievenstein (1984).

Para os usuários, a droga é procurada sobretudo como fonte de prazer, enquanto que, para o dependente, a droga é utilizada como meio de fuga de uma realidade insuportável. No dependente, a droga passou a desempenhar um papel central em sua organização mental, tornando-se assim, indispensável ao seu funcionamento psíquico. Um dependente, ao contrário do usuário, não pode prescindir de sua droga. Assim, o uso de drogas pode servir a dois propósitos: gerar prazer e aliviar o sofrimento de uma situação insuportável (Silveira Filho, 1996).

A OMS *apud* Outeiral (2003), entende que uma pessoa deverá ser considerada dependente se o seu nível de consumo incorrer em pelo menos três dos seguintes sintomas ou sinais ao longo dos últimos 12 meses antecedentes ao diagnóstico:

- A) forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
- B) dificuldades em controlar o consumo da substância em termos de seu início, término e quantidade;
- C) presença da síndrome de abstinência ou uso da substância para evitar o aparecimento da mesma;

- D) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- E) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa;
- F) persistência no uso da substância, a despeito da evidência clara de consequências manifestamente nocivas.

Outeiral (*op. cit.*) diferencia os indivíduos que usam drogas em provadores e toxicômanos. O primeiro são aqueles que fazem experiências eventuais por curiosidade, para experimentar sensações novas e não seguem em uso sistemático. Já os toxicômanos são aqueles que usam a droga de maneira compulsiva e sistemática, desenvolvendo dependência física e/ ou psicológica da droga da qual é usuário.

E mais, Cruz e Dias (1999) *apud* Outeiral (2003) descrevem os consumidores de drogas em quatro tipos: o experimentador, o usuário ocasional, o usuário regular e o dependente. O experimentador é aquele que acabou de conhecer a droga e a está experimentando, matando a curiosidade. Satisfeita a curiosidade, a maioria abandona a droga, enquanto alguns passam para o tipo seguinte, o dos usuários ocasionais, que usam a droga vez por outra, seu consumo é muito baixo.

Alguns indivíduos passam para a fase seguinte, a do usuário regular. Neste caso, a frequência de consumo aumenta e ele já procura ativamente a droga, quando se instala uma dependência psíquica. Assim, a pessoa alcança rapidamente a última fase, a da dependência física. Nessa fase o consumo é mais frequente, em doses crescentes. Todas as atividades do indivíduo passam a girar em torno da obtenção e do consumo da droga.

Como foi dito, anteriormente, diferenciar um dependente de um usuário é uma tarefa que encontra dificuldades, não possibilitando uma definição clara desses conceitos, que se sobrepõem e ainda permanecem obscuro na literatura. O importante é identificar, na relação que o jovem mantém com a droga, o que ele considera como indispensável à satisfação de suas principais necessidades no plano social, cultural, afetivo e cognitivo. O que é decisivo é a reconstrução que o consumidor faz de sua experiência, é a lembrança que dela tem. Portanto, trata-se de compreender a interpretação que o dependente químico dá de sua experiência, de seu estado e da motivação que o impele a um consumo repetido da droga (Bucher, 1992).

Antes de terminar este capítulo, é de extrema importância, ressaltar alguns dados epidemiológicos: 20% da população usam substâncias psicoativas no decorrer da vida; 15% no mínimo são dependentes químicos; 10% a 12% desses usam mais de uma droga concomitante; a incidência da dependência química é de duas a seis vezes maior no homem; a dependência química evolui do álcool para drogas mais pesadas; 150 mil óbitos por ano acontecem nos Estados Unidos devido ao alcoolismo; o consumo do álcool provoca dependência química em cerca de 10% dos usuários dos dois sexos; no Brasil já são cerca de 15 milhões de dependentes do álcool e 15% dos dependentes químicos cometem suicídio (20 vezes maior que a população).

Existe, ainda, outro dado estatístico que Tiba (1998) revela: “Sabe-se que o poder viciante da maconha é de 50%, ou seja, de dez pessoas que experimentam maconha, cinco tornam-se consumidores habituais, ocasionais ou viciados” (p. 55). A diferença em se tornar um desses, está na capacidade de administrar o uso da droga, que depende basicamente, das condições psíquicas e de fatores biológicos inerentes ao sujeito.

2 – FATORES DESENCADEANTES DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Devemos entender a dependência química como um fenômeno biopsicossocial, formado por componentes biológicos, psicológicos e de contexto social. É claro que as estratégias de abordagem do problema devem incluir, igualmente, elementos biológicos, psicológicos e sociais. Por isso devem ser tratadas as alterações emocionais do indivíduo, bem como os problemas sociais.

É errôneo atribuir uma explicação única para a dependência química, visto que é um fenômeno complexo, cuja ocorrência se deve a muitos outros fatores além da personalidade. As pesquisas sobre a natureza das drogas atribuem a dependência a vários fatores. Entre estes estão fatores biológicos, fatores do meio ambiente, fatores socioculturais e fatores psicológicos. Qualquer indivíduo pode ser afetado em graus variados por uma ou todas essas causas (Cox, 1988).

Os fatores biológicos podem fazer uma pessoa fundamentalmente propensa ao alcoolismo, por causa das reações bioquímicas ao álcool herdadas geneticamente. O dependente teria uma estrutura bioquímica, que torna suas experiências iniciais com uma determinada substância mais intensas do que as de outras pessoas.

Desse modo, para que o alcoolismo se desenvolva é necessário uma predisposição biológica. Algumas pessoas têm uma reação positiva ao álcool e podem beber grandes quantidades com poucos efeitos negativos. Mas, há também pessoas em que até as menores quantidades de bebida ingerida resultam, em graves desconfortos físicos. Elas têm uma proteção biológica natural que as impedem de se tornarem alcoolistas.

Por outro lado, parecem existir muitos efeitos genéticos no desenvolvimento de uma fragilidade ao alcoolismo. As variáveis genéticas são fator de vulnerabilidade para desenvolver o alcoolismo. Estudos mostraram que crianças nascidas de pais alcoolistas, mesmo criadas longe deles, freqüentemente herdam o vício.

Um fator hereditário é sugerido pela descoberta de que gêmeos idênticos (dotados exatamente da mesma herança genética), criados separadamente tendem a serem dependentes químicos com muito mais freqüência, do que gêmeos não idênticos criados separados. A maneira que o indivíduo enfrenta a tensão e reage ao mundo externo parece ser, ao menos em parte, geneticamente determinado (Jaffe, 1981).

De acordo com George Harley *apud* Edwards (1994), os pais alcoolistas não transmitem a seus filhos o desejo intenso pelo álcool, mas sim, o tecido corporal orgânico, que origina este desejo. Nas suas palavras: “A embriaguez era uma questão da própria predisposição hereditária e da constituição do indivíduo” (p.18).

As diferenças de personalidade entre dependente químico e não dependente químico, se devem provavelmente a uma combinação de ambiente com hereditariedade. Os fatores ambientais são evidentes por si mesmos. Estes fatores estão ligados ao fato da bebida ser encorajada ou não pelo meio social da pessoa, por exemplo, pressões dos amigos e facilidade de acesso ao álcool (Jaffe, 1981).

Fatores socioculturais estão relacionados com os hábitos de beber cultivados pela cultura que o indivíduo vive e estão intimamente vinculados ao seu meio ambiente. Nas sociedades com taxas muito altas de alcoolismo, é muito provável que uma pessoa influenciada por certos valores sociais apresente problemas com o álcool. Em todos os estudos epidemiológicos encontra-se uma frequência maior de alcoolismo entre os homens. Visto que os fatores socioculturais impõem padrões muito mais rígidos para as mulheres, limitando os seus consumos de bebida. Esse fator parece contribuir na motivação inicial do uso de bebidas alcoólicas.

Um dos fatores psicológicos é a expectativa das pessoas sobre os efeitos da droga. Os efeitos que a pessoa espera da bebida nem sempre coincidem com seu verdadeiro efeito orgânico. Além disso, os efeitos imaginados afetam o comportamento mais do que a ação bioquímica do álcool. Pessoas que têm intensas expectativas (tanto positivas como negativas) com a droga, estão mais vulneráveis para desenvolver problemas em relação ao uso da droga, do que aquelas que não as têm.

Os fatores psicológicos referem-se a fragilidades estruturais da personalidade do alcoolista, como fraqueza de ego, baixo estima, oralidade, insegurança, passividade e introversão. O álcool minimiza tais “defeitos”, levando a uma harmonia interna, enquanto durar o efeito da intoxicação.

Os fatores sócio-econômicos exercem um papel no abuso de drogas. O consumo delas mantém uma correspondência positiva, quando há má situação sócio-econômica do indivíduo e de sua família. O grau de escolaridade não tem correspondência com nenhum tipo de droga, exceção feita aos dependentes químicos na Universidade. Entretanto, em todos os níveis fatoriais,

é a distorção do elo familiar que exerce o papel mais decisivo. O meio familiar exerce um papel importante, na formação do indivíduo e no aprendizado da vida social (Bergeret, 1991).

Hoje em dia a qualidade da vida familiar está comprometida. Vive-se um momento de desagregação da família, e surge como consequência direta a imersão dos indivíduos na droga, sendo esta meramente circunstancial. No lar, os indivíduos encontram um refúgio no qual poderão retomar fôlego, já que a vida para eles é constante desafio de uma violência extrema. Existem famílias que não oferecem o continente natural para o desenvolvimento de seus filhos, são desestruturadas, cada vez mais, com pais ausentes, casais desquitados e filhos abandonados e maltratados, jovens sem futuro, que sobreviveram a sua condição de crianças, enfim, toda uma situação que predispõe indivíduos natos à toxicomania (Charbonneau, 1983).

Existem inúmeras causas que podem desencadear a dependência química, mas, sem dúvida, o fato dos pais fazerem uso de substâncias psicotrópicas, é um fator que contribui muito para que os filhos venham a desenvolver o vício. Uma criança tem seus pais como modelos e imita-os integralmente, pois ainda não tem a capacidade para discernir o que deve ou não ser seguido. Assim, pela convivência, cria uma familiaridade com o vício dos pais, podendo ser esse, o primeiro contato dos filhos com a substância química. Muitas vezes dentro de casa, garrafas de bebidas e cigarros se encontram expostos, vendo essas substâncias tão veneradas, o indivíduo sente vontade de usá-las também (Tiba, 1998).

Em uma família sadia dificilmente haverá um dependente químico. É preciso mais de um indivíduo para se produzir um vício. Em geral, precedendo o dependente químico, existe uma família com subvícios. Esses subvícios podem ser as bases que servem de sustentação a futuros vícios, como uma evolução gradual em qualidade e quantidade dos viciantes. Os subvícios da família freqüentemente fragilizam o ego das crianças tornando-as vulneráveis aos vícios de qualquer origem (*id*).

A droga pode ser o resultado e a expressão de atitudes deturpadas, ligadas a uma inadequada e/ ou contraditória socialização, esta por sua vez, deve estar também, ligada a fatores preliminares de desordens familiares e sociais. A perda da afeição familiar e do reconhecimento social estimula os indivíduos particularmente fragilizados e muito influenciáveis pelo grupo. Trabalhos mostram o desejo de ser aceito pelo grupo, como a droga facilita a penetração no grupo. O trabalho de Johnson (1973) *apud* Bergeret (1991), mostra que aqueles que são os menos influenciados pela cultura familiar são os mais ligados ao grupo, ou seja, o enfraquecimento da

autoridade, representada pela família, onde sua ausência predispõe à importância exercida pela influência do grupo.

Geralmente, o dependente químico procura no grupo de amigos aquilo que sua família não lhe dá, e nele, encontra ocasiões propícias para a satisfação de suas carências, além de ter acesso às drogas. O jovem não é apenas uma vítima das “más companhias”, ele participa de um jogo de influências, no qual sua lealdade para com seus pares, promove deslealdade com sua família (Kalina, 1987).

É raro que a procura de uma droga aconteça fora de um grupo. É certo que a “solução” será sempre proposta pelos companheiros de farra, dos quais o indivíduo se aproxima, por causa de diversas ordens de afinidade. Sem dúvida alguma, a entrada no mundo da droga depende da iniciação comandada por um colega, que é normalmente um consumidor experimentado, tornando-se, então, um acontecimento de caráter social (Bergeret, 1991).

Os grupos de “amigos” poderão induzir o uso da droga por vários motivos: como rito de iniciação, como experiência que possibilita a identificação com o grupo, como exibicionismo para o grupo, para realizar uma transgressão, se sentindo assim, independente da opinião dos pais (Outeiral, 2003).

O fácil acesso às drogas pode ser um fator de dependência, pois há sempre uma relação direta entre a facilidade de se conseguir uma droga e a quantidade que é consumida. A Organização Mundial da Saúde salienta que o recurso à droga é facilitado pela sua acessibilidade, pela tolerância do ambiente social na prática, pela influência do grupo de amigos, assim como pelos antecedentes familiares ou sociais desfavoráveis (Richard, 1997). Geralmente, as famílias dos dependentes químicos não dispõem, fora da estrita cena familiar, de instrumentos de controle eficazes sobre a vida afetiva, cultural e social dos seus filhos.

Segundo Dias (2002), são os fatores individuais, familiares e sociais que podem conduzir os indivíduos à dependência química.

Fatores individuais: curiosidade; necessidade de pertencer a um grupo; forma de expressar independência; procura de experiências apazíveis, de risco, de auto-afirmação, de bem-estar e de tranquilidade; alívio de tensões; necessidade de euforia; má integração das experiências e desorganização na síntese do ego; problemas de auto-imagem; dificuldades no relacionamento social e experiências traumáticas ocorridas na infância e na adolescência.

Fatores familiares: ausência dos pais; pressões sobre o indivíduo, face a expectativas demasiado elevadas; pais muito protetores; o exemplo dos pais, que fumam e bebem; ausência de equilíbrio nas relações com o indivíduo (pais bastante autoritários ou permissivos); afastamento do indivíduo, considerado como desonra da família; insuficiência de diálogo e de comunicação no lar; agressões físicas e verbais entre os pais.

Fatores sociais: a influência da cultura do meio social em que o sujeito está inserido; desigualdades sociais de oportunidades; frustração produzida pela desocupação forçada; redes estabelecidas de comercialização e distribuição de droga nos centros urbanos e dificuldades de inserção social.

Para Dias (*op. cit.*), o fenômeno da droga não pode estar apenas centrado no produto em si ou no dependente. É um fenômeno multifatorial, cuja análise deve ter em conta as condições de vida das pessoas e as formas de organização da sociedade. São 3 fatores interligados: a droga, o dependente e a sociedade.

O principal modelo conceitual de compreensão do fenômeno da dependência é o modelo sistêmico, que parte do pressuposto de que os problemas relacionados às drogas, situam-se na interação do indivíduo com o seu meio. Existindo então, uma interação dinâmica entre variáveis individuais, ambientais e a substância química. Sendo assim, o processo da dependência química pode ser compreendido sob uma visão tridimensional: a substância psicoativa, com suas propriedades farmacológicas específicas; o indivíduo, com suas características de personalidade e sua singularidade biológica e; finalmente, o contexto sociocultural, onde se realiza este encontro entre indivíduo e droga (Silveira Filho, 1996).

Olievenstein *apud* Silveira Filho (*op. cit.*), salienta que o fenômeno da dependência química é resultado da conjunção da presença da droga, com a dinâmica do indivíduo e do momento histórico-cultural em que se dá esse encontro. Vemos, então, que a substância deixa de ser a única responsável pelo fenômeno e passa a formar um conjunto com o que poderíamos chamar de predisposição do indivíduo, associada à condição sociocultural em que este está inserido. Na opinião de Olievenstein, o processo da dependência química implica ao mesmo tempo o produto, a personalidade do utilizador e o contexto sociocultural presidindo à utilização.

Compreendendo o dependente químico como um indivíduo que se encontra diante de uma realidade objetiva ou subjetiva insuportável, realidade essa que não consegue modificar e da qual

não pode se esquivar, restando-lhe como única alternativa a alteração da percepção dessa realidade. Isso é conseguido através de sua relação com a droga (Silveira Filho, 1996).

A solução pelas drogas é um meio e um refúgio. Trata-se inicialmente de uma reação a uma situação social intolerável e ao desequilíbrio, onde o sistema afetivo e emocional desvanece-se para dar lugar ao único propósito da vida, que é o consumo da droga, destinado a reduzir o mal-estar ou a ajudar a esquecê-lo.

A droga passa a ser vista como solução para as dificuldades da vida, inclusive das suas dimensões de valor, como o prazer, o lazer e o belo. Elas não dão um sentido à vida, mas podem realçar o sentido que cada indivíduo consegue criar para si. Trata-se de uma situação psicoafetiva estruturando-se para encontrar um estado almejado, que deve funcionar como euforizante das satisfações que o indivíduo não encontra na vida cotidiana. Visa tanto à negação dos sofrimentos como à busca de prazeres (Bucher, 1992; Olievenstein, 1984).

A droga se articula ao jogo sócio-econômico e ao universo cultural tão contraditório em que se vive hoje. O dependente de droga, para lá de todos os possíveis aspectos individuais de seu comportamento, de suas motivações e de sua personalidade, é sempre alguém que reage aos dados de um determinado ambiente sócio-cultural, do qual retirará o estímulo e o significado que a droga terá para ele. E tal sentido diferirá muito de cultura em cultura, podendo ter um sentido conflitual e contestatório (Charbonneau, 1983).

Outro fator que também contribui para o desenvolvimento da dependência química, é o fato do indivíduo estar despreparado para suportar qualquer dor, seja ela física ou psíquica. Desde o nascimento as mães cuidam para que os filhos não sofram qualquer dor, e quando isso acontece, elas fornecem precocemente, um arsenal medicamentoso anestésico. Por exemplo, quando a criança reclama de dor de cabeça a mãe aparece logo com uma aspirina. Esta atitude, desprepara o indivíduo para lidar com as frustrações do mundo que o circunda. Como consequência, quando os indivíduos passam, nas suas fases de desenvolvimento, por crises inevitáveis, que causem dores psíquicas, eles procurarão fugir delas, buscando na droga o alívio para o “sofrimento” (Outeiral, 2003).

Assim, o indivíduo pode buscar a droga como um meio de aliviar o sentimento de solidão que produz um vazio interno e o leva a buscar preenchê-lo com algo que o alivie desse sofrimento. O uso de drogas reflete, em muitas situações, um pedido de ajuda que, de uma

maneira indireta, faz um indivíduo que enfrenta alguma dificuldade emocional e/ ou social, como depressão, desamparo, abandono etc (*idem*).

Embora muitos dependentes químicos façam uso das drogas como uma forma de suprir as suas carências internas e/ ou externas, sabe-se que a dependência não é útil para neutralizar essas carências psicoafetivas, ela responde à necessidade de produzir artificialmente uma fantasia, que é vivida como realidade pelos indivíduos que utilizam a droga.

O estímulo ao uso de droga também é feito pelos meios de comunicação, que associa o seu uso com beleza e força, sedução do sexo oposto, sucesso profissional e riqueza. Por vezes, o indivíduo não possui um senso crítico suficiente para não ser presa fácil da manipulação da mídia (Outeiral, 2003). Ou seja, a dependência química pode ser desenvolvida quando se leva em conta o indivíduo, com sua maior ou menor fragilidade e os seus conflitos, inscritos em sua historicidade e o contexto sociocultural e econômico. Outros fatores que também podem desencadeá-la são: imaturidade psicológica, alienação, conformismo, desencontro de si mesmo, desunião familiar, abandono da criança, frustrações, carências afetivas e educativas. Portanto, são os fatores psicológicos, sociológicos, biológicos e farmacológicos, que determinam o grau de dependência química (Bucher, 1992; Olievenstein, 1984).

Bergeret (1991) em seu livro, relata que os indivíduos dependentes invocam habitualmente a curiosidade, o desejo de se conhecer, a atração pelo desconhecido, a tentativa de ultrapassar as coordenadas do espaço e do tempo, a procura do prazer, o desejo de enriquecer a sua experiência, a busca de uma expansão da consciência e de um estado de êxtase, a adesão a um grupo marginal, a recusa da sociedade e a rejeição de um certo sistema dos valores, uma vida familiar conflituosa, o anonimato e a tristeza das grandes metrópoles.

Em suma, Charbonneau (1983) cita os três fatores que podem levar o indivíduo à dependência química:

- A) estrutura e dinâmica psicoafetiva;
- B) estimulação sócio-cultural vigente na sociedade;
- C) integração maior ou menor da personalidade, que dependerá do seu contexto familiar, escolar e grupo de amigos e, especialmente, das condições de relacionamento (emocional, comportamental, de trabalho, de troca) que possui com os demais.

Desse modo, de acordo com este autor, percebe-se que o dependente químico não é o único envolvido na problemática das drogas. Sua família, seu grupo de amigos e a sociedade são parcialmente responsáveis. Portanto, é necessário que haja uma grande mudança cultural.

Como mostrou esse capítulo, são inúmeros os fatores que podem levar o indivíduo a desenvolver um tipo de relação com as drogas. O fenômeno da dependência química possui raízes múltiplas, mas certamente, acima de tudo, são problemas existenciais. Isto pode ser confirmado pelo fato dos indivíduos terem necessidades de uma relação afetiva e de precisarem ser reconhecidos como pessoas que merecem serem amadas.

3 – A PERSONALIDADE DO DEPENDENTE QUÍMICO

Cox (1988) definiu a personalidade como “o conjunto de características pessoais de um indivíduo, incluindo qualidades desejáveis e indesejáveis, sem se deter em julgamentos de valor sobre essas qualidades” (p. 18). A personalidade é aquilo que o indivíduo é, como ele se percebe e como é percebido pelos outros, enfim, sua “identidade” (Outeiral, 2003).

Personalidade é a organização dinâmica dos traços no interior do eu, formados a partir dos genes particulares que são herdados, das existências singulares suportadas e das percepções individuais que se tem do mundo, capazes de tornar cada indivíduo único em sua maneira de ser e de desempenhar o seu papel social (Ballone, 2005).

A personalidade, como se concebe atualmente, é um padrão complexo de características psicológicas arraigadas, normalmente inconscientes e difíceis de mudar, que se expressam automaticamente em quase todas as áreas de funcionamento do indivíduo. Esses traços, intrínsecos e gerais, surgem de uma matriz de determinantes biológicos e constitucionais, somados à elementos da aprendizagem que, em última instância, conferem à pessoa o padrão de perceber, sentir, enfrentar, comportar e se relacionar com a realidade (*id*).

Pode-se dizer, então, que a personalidade é definida por padrões arraigados de pensamento, sentimento e comportamento, que caracterizam o estilo de vida e o modo de adaptação único de um indivíduo, que resultam de fatores constitucionais, do desenvolvimento e da experiência social (Nicolau, 2003).

Ao estudar a personalidade do toxicômano, nota-se que os autores que se propõem a investigá-la, se confrontam com duas linhas de pensamento contraditórias: a primeira tende a definir um modelo único de personalidade, ou seja, os toxicômanos possuem padrões específicos de personalidade semelhante, que os conduz à dependência química. A segunda linha de pensamento, defende a idéia de formas múltiplas de toxicomania, relacionadas a diferentes tipos de personalidade, portanto, se opõe à primeira, a partir da constatação de que ela é bastante reducionista e esquemática.

Visto que o conceito de “personalidade tendente ao vício” é controverso, mostrar-se-á os dois modelos. O primeiro é composto pelos pesquisadores que se convencem, cada vez mais, de que certos tipos de pessoas apresentam-se mais propensas à dependência do que outras.

Nessa perspectiva, os psicólogos desenvolveram testes com três propósitos: descrever as características da personalidade; compreender as razões pelas quais certos indivíduos abusam das drogas; e, ainda, descrever em que aspectos os dependentes diferem dos não dependentes. Notaram que os indivíduos dependentes, apresentam traços pessoais característicos que os distinguem dos outros, independentemente da origem cultural e social. Em alguns casos, esses traços precedem o vício; em outros, parecem ser provocados por ele (Cox, 1988).

Em estudos longitudinais, observaram-se adolescentes desde do momento em que começaram a beber até aquele em que começaram seus problemas com a bebida. Os resultados apontam consistentemente para uma conclusão comum: mesmo antes de os adolescentes apresentarem problemas com álcool, suas características de personalidade eram diferentes dos que mais tarde não tiveram estes problemas. Os que tiveram problemas com a bebida eram independentes, rebeldes e não adotavam os valores tradicionais da sociedade (*idem*).

Entre 1947 e 1961, foi realizado nos Estados Unidos, em Minnesota, um interessante estudo, onde foi aplicado em todos os calouros da Universidade, o teste chamado “Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota” (MMPI). Como resultado, verificou-se que os pré-alcoolistas, isto é, antes de se envolverem com as bebidas, já se destacavam dos outros colegas, por serem mais independentes, não-conformistas, impulsivos e descontrolados, apesar de não serem mais desajustados (*idem*).

Os padrões pelos quais eles conduzem suas vidas são diferentes dos de outras pessoas. Eles são menos dispostos a aceitar os tradicionais valores sociais e se incomodam pouco com isso. Sentem-se frustrados quando não conseguem imediatamente o que desejam e apesar de reconhecerem seus erros, são freqüentemente incapazes de mudar seu comportamento a fim de evitar repeti-los. Eles não têm dificuldades de sociabilização, nem problemas de relacionamento ao encontrar uma pessoa pela primeira vez. A despeito disso, freqüentemente têm dificuldades em suas relações com as pessoas mais íntimas e acham que os outros não os compreendem. As dificuldades domésticas constantes, resultam em amargura, culpam os outros por todos os seus problemas. São muito sensíveis e se magoam facilmente (*idem*).

Para identificar subtipos de personalidade alcoolista, os pesquisadores aplicaram o mesmo teste (MMPI), e agruparam os alcoolistas com características de personalidades semelhantes. Foram identificados vários subtipos, mas apenas dois deles foram encontrados repetidamente: neuróticos e sociopatológicos (*idem*).

Os alcoolistas angustiados e neuróticos parecem beber excessivamente para suportar sua angústia pessoal e desconforto psicológico. Muitos encaram o álcool e outras drogas psicotrópicas como forma de automedicação, acreditando erroneamente, que ficar “alegres” ou “ligados” os ajudará a suportar a depressão, a ansiedade e outras emoções negativas.

Já os alcoolistas sociopatológicos, abusam da droga como forma de uma busca genérica e impulsiva de satisfação imediata, de qualquer espécie. Tais pessoas costumam beber mais moderadamente e, assim, têm menos problemas do que os alcoolistas neuróticos, para quem a bebida também acarreta maior sentimento de culpa, vergonha ou remorso do que para os primeiros.

Segundo Tiba (1998) “das inúmeras causas que podem predispor uma pessoa à dependência química, sem dúvida, a personalidade aberta é uma das mais importantes” (p.55). Ele explica que se trata de um defeito na primeira infância, na formação da personalidade, que pode perdurar até no adulto.

Basicamente, a pessoa com a personalidade aberta é insegura, dependente, incapaz de fazer suas próprias coisas, ter seu próprio referencial de pensamento e de enfrentar sozinha situações novas. Para sentir-se bem, ela precisa apoiar-se em uma ideologia, uma pessoa, uma droga etc. Sem apoio ela sofre medos, angústias, pânico, mal-estares, depressões, somatizações, entre outros.

A dependência química tem sido vista como um traço de personalidade, quando consiste numa característica exagerada de um indivíduo. Um dos traços característico que predispõe ao alcoolismo é a personalidade anti-social. Fica clara a existência de uma complexa interação entre eles. Reich e cols. (1981) *apud* Edwards (1994), afirmam que “a personalidade anti-social consiste num fator poderoso, aumentando de forma interativa tanto a frequência do beber pesado, quanto a proporção de bebedores pesados que se tornam alcoolistas” (p.114).

A associação entre a personalidade anti-social e o alcoolismo é a mais estudada. São indivíduos com maior gravidade, portadores de dependências mais longas e severas, são mais jovens e com escassas relações afetivas. Os autores parecem concordar sobre o fato da personalidade anti-social ser a mais fortemente vinculada com o uso de substâncias ou dependência química.

Para Lapa (1998), os aspectos da personalidade dependente, como: insegurança, ansiedade, isolamento, introversão, depressão, culpa, dependência, baixa auto-estima (gostar de si mesmo) e

intolerância às frustrações, não causam dependência como se pensava. Essas características são consequência da dependência química e não anteriores a ela.

Bergeret (1991) é um dos autores que mais se dedicou à questão da personalidade do toxicômano, sua visão baseia-se no segundo modelo. Para ele, não seria correto reduzir as diferentes formas de dependência química a um modelo único de personalidade. É totalmente descartada a possibilidade de falar destes dependentes, de uma maneira generalizada e global. Na realidade, não poderia existir uma categoria única de dependência e uma estrutura de personalidade própria à toxicomania. Não há como prender o toxicômano dentro de uma forma de personalidade particular.

Baseado neste princípio, o autor (*op. cit.*) diz que não existiria uma estrutura psíquica profunda e estável específica dos comportamentos de dependência. Isto significa que qualquer estrutura mental pode dar origem a comportamentos de dependência. Ele ainda salienta que:

(...) os tipos de personalidades encontradas entre os dependentes químicos, não diferem sensivelmente das variedades de personalidades encontradas nas pessoas que nos cercam e da que nós próprios somos. Eles representam uma caricatura das fraquezas, das carências, das falhas que, muitas delas, são as dos adultos do nosso tempo (pp. 105-106).

Bucher (1992) também não concorda com um modelo único de personalidade, ou seja, ele se opõe a reduzir as diversas formas de toxicomania e os diferentes tipos de usuários a uma representação esquemática única. Em sua opinião, não se deve sacrificar o toxicômano a um modelo de abstração e generalização.

Em suas palavras: “cada indivíduo detém, pois, variações individuais que o afastam do ‘toxicômano tipo’, variações estas decorrentes da construção específica de sua personalidade, do seu encontro pessoal com a droga em um determinado momento de sua vida e em determinado momento sociocultural (...)” (p.211).

O autor acima citado, ressalva que para a psicologia, o termo personalidade aponta para estrutura e até hoje não se evidenciou nenhuma estrutura induzindo ou predispondo a dependência de drogas, do mesmo modo que nenhuma causalidade direta ou exclusiva deixa-se responsabilizar. Supõe-se que existem certas “falhas precoces” na estruturação psíquica do (futuro) toxicômano, mas estas não se deixam estabelecer com precisão.

No entanto, para Bergeret (1991) há elementos caracteriais superpostos, que se mostram, por sua vez, bastante comuns às diferentes formas de personalidades toxicomaníacas encontradas. Três fatores parecem dominar o quadro clínico apresentado por estas personalidades. Trata-se da importância das carências que incidem sobre o funcionamento imaginário, da importância dada ao comportamento, e por outro lado, sobre as identificações.

As carências imaginárias limitam as trocas afetivas com o mundo exterior e a realidade que ele representa. O indivíduo é incapaz de criar para si uma antecipação de desejos e de prazeres realizáveis nas trocas com outro; aquele que desespera de ter alguma coisa de si próprio para dar, logo, alguma coisa também a receber, só pode conceber o universo exterior como frustrante e recusando-lhe uma ajuda exterior, a única que poderia, a seu ver, preencher seu vazio interior. Esse sentimento de expectativa desesperada, de uma ajuda exterior recusada pelos humanos provoca, no toxicômano, uma demanda endereçada a uma substância inanimada (as drogas).

As manifestações comportamentais acontecem quando o toxicômano, através do seu comportamento, procura utilizar um procedimento de defesa projetiva, que consiste em situar no exterior de si próprio todas as fontes de dificuldades, considerando o universo exterior como maldito e contra o qual terá, em seguida, bons motivos para lutar e boa oportunidade para acusar de todos seus males.

Por fim, os dependentes químicos, têm maior dificuldade para se afirmar diante dos outros, bem como diante de si próprio, causando assim, as carências identificatórias. As prováveis causas para estas dificuldades são os modelos parentais, que geralmente estão ausentes. Os pais dos dependentes químicos são, muitas vezes, pais apagados, pouco presentes e pouco representativos. Constata-se a ausência de pelo menos um dos pais, às vezes de ambos. Outros casos, nada mais do que a ausência afetiva (Bergeret, 1991).

Em consequência disto, encontramos crianças mal estruturadas, inclinadas à imitação, muito mais do que à identificação propriamente dita. Constata-se uma incapacidade de integrar as qualidades dos pais, absorvê-las para si e, finalmente, de se colocar no lugar deles.

Bergeret (1983) *apud* Bucher (1992) invoca uma série de “características de personalidade”, mas que carecem nitidamente de especificidade: indiferença generalizada, fraqueza da vida afetiva, pobreza de trocas, justaposições de solidões, seres entregues a si mesmos, perda de confiança nas instituições e nos valores tradicionais, precariedade das formações que não asseguram o futuro do jovem, angústia e insegurança, dependência econômica

prolongada, imediatismo, intolerância à frustração e falta de comunicação entre as gerações. Alguns deles tanto podem fazer com que se recorra às drogas, como também serem já consequência do seu uso abusivo.

Olievenstein (1984) insiste que só tem sentido falar em uma “personalidade de toxicômanos” com referência a um momento específico, marcando as suas vivências a partir do encontro com a droga. Segundo o autor, o dependente é um melancólico e está sempre numa alternância entre a alegria e a depressão. No início a relação droga-dependente é perfeita. Porém as sensações agradáveis (e procuradas) artificialmente criadas pela droga, em determinado momento, começam a ter contrapartida com as desagradáveis, sobretudo, na síndrome de abstinência. Chegará um tempo em que a droga não corresponde mais da maneira esperada como no começo, iniciando-se, então, um desencanto de onde podem sobrevir várias “saídas”.

A visão popular mais comum sobre os dependentes químicos é que são pessoas fracas e más, que não querem levar uma vida norteada nos princípios morais, nem controlar seu comportamento e a satisfação de seus desejos.

Portanto, as opiniões a respeito da personalidade do dependente químico são variadas e contraditórias. Entre os autores citados, cada qual tem sua maneira particular de pensar a respeito do assunto. Contudo, a personalidade do dependente químico, fica ainda aberta às pesquisas, havendo uma maior necessidade de investigação e estudo, para deixar de ser, então, uma questão enigmática.

4 – O CONCEITO E O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE NO ENFOQUE DA GESTALT TERAPIA

Para compreender o conceito e o desenvolvimento da personalidade com base na teoria proposta pela abordagem gestáltica, é preciso antes, definir seus conceitos de “self” e de “eu”. As discussões sobre o conceito de “self” feita pelos gestaltistas, deram origem a dois grandes grupos de definições. No primeiro grupo, o “self” é visto como um sistema psíquico de caráter existencial, dialógico, processual, dinâmico e variável. Ele se constitui na relação com o outro, se constrói e se desenvolve na medida que estabelece contatos com seu meio, tendo a capacidade de variar de acordo com suas necessidades e circunstâncias ambientais. O segundo grupo, focaliza o aspecto essencial, estrutural e invariável do organismo psíquico, privilegiando as potencialidades inatas do ser humano (Tenório, 2005).

Com base nas conceituações desses dois grupos, o “self” pode ser processual e estrutural. Da mesma maneira que suas experiências o modificam de alguma forma, elas não alteram por completo a sua essência, a ponto de desconfigurar o conceito que ele tem de si mesmo. O “self” enquanto identidade e consciência de si mesmo permanece inalterado em alguns aspectos depois dos contatos que estabelece com o mundo. No entanto, como cita Perls, Hefferline & Goodman (1951/97), “não se deve pensar o *self* como uma instituição fixada; ele existe onde quer que haja de fato uma interação de fronteira, e sempre que esta existir” (p. 179).

Desse modo, o “self”, embora tenha uma essência que permanece, não é uma entidade fixa, pelo contrário, é flexível e variado, sendo um processo de adaptação pessoal ao meio interno e externo, que varia conforme as situações. É o modo do indivíduo se expressar em seu contato com o meio. Portanto, o *self* pode ser concebido como processo e como resultado de uma relação com o mundo e com os outros.

A noção de “self” e “eu”, para Perls *apud* Ballone (2005), não é estática e objetivável. O “eu” é simplesmente um símbolo para uma função de identificação. O “eu” identifica-se com qualquer que seja a experiência emergente da figura em primeiro plano; todos os aspectos do organismo saudável (sensorial, motor, psicológico e assim por diante) identificam-se temporariamente com a gestalt emergente, e a experiência do “eu” é essa totalidade de identificações. Função e estrutura são idênticas.

Moore e Fine (1990) *apud* Delisle (1999) definem o *self* como “a pessoa total de um indivíduo na realidade, incluído o corpo e a organização psíquica” (p. 47). Um dos pressupostos básicos da Gestalt Terapia, é o conceito de “self”, definido por Perls (et. al., 1951/97) como o sistema complexo de contatos realizados em qualquer momento, estando presente na fronteira do organismo/ambiente, ou seja, é a consciência de si mesmo ou a fronteira de contato em funcionamento, que integra as funções perceptivo-proprioceptivas, motor-musculares e necessidades orgânicas.

Apesar desses autores afirmarem que o “self” se constitui a partir da consciência ou do funcionamento da fronteira de contato, Tenório (2003) esclarece que existem aspectos dele que não são conscientizados por completo, e apenas o que é conscientizado ou vivido na fronteira com o mundo é organizado e estruturado como um “eu”. Neste sentido, o *eu* é o executor do “self”, é a forma integrada, organizada e conceitual dos aspectos vivenciados pelo *self* no campo organismo/meio. É o “eu” que se responsabiliza pelas atividades do “self”.

O “eu” sintetiza os vários papéis, experiências e sentidos vivenciados pelo “self” ao longo de sua existência, construindo assim, a noção de mundo e de si mesmo, promovendo a integração, manutenção e reorganização de sua própria estrutura, enquanto preserva sua identidade. Pode-se dizer que o “eu” é a expressão visível do “self” que, ao longo de seu desenvolvimento manifesta-se através de múltiplos “eus” (Tenório, 2003).

Segundo J. Latner *apud* Ginger & Ginger (1987/95), “o self é nossa maneira particular de estarmos envolvidos em qualquer processo, nosso modo de expressão individual em nosso contato com o meio... Ele é o agente de contato com o presente, que permite nosso ajustamento criativo” (p. 127). As etapas principais de ajustamento criativo são: o “id”, o “ego” e a “personalidade”, que podem ser entendidas também como sendo as três funções do “self”. Vale ressaltar, que a função principal do *self* é satisfazer as necessidades que emergem na fronteira de contato.

Função “id”

É o funcionamento do “self” ligado às pulsões internas, às necessidades vitais e, traduz as reações do corpo, como as fisiológicas e musculares. Ele tem participação nos atos automáticos, aqueles que são realizados, sem que para isso seja preciso pensar, por exemplo: respirar e andar. Como cita Perls, Hefferline & Goodman (1951/97):

(...) o Id é o fundo determinado que se dissolve em suas possibilidades, incluindo as excitações orgânicas e as situações passadas inacabadas que se tornam conscientes, o ambiente percebido de maneira vaga e os sentimentos incipientes que conectam o organismo e o ambiente (p. 184).

A função “id” do “self” está relacionada com a etapa do pré-contato, sendo regida por sensações, desejos e necessidades. A excitação e percepção que emergem do corpo, solicitará o interesse do indivíduo. O tipo de consciência que prevalece nessa função é a pré-reflexiva, onde não se utiliza o raciocínio. O *self* funciona de modo passivo e a “figura” central envolvida é o sujeito.

Função “ego”

É uma função ativa, de escolha ou rejeição deliberada. O indivíduo tem como responsabilidade “dosar” o contato – diminuindo ou aumentando – e assim, manipula o meio em que está inserido, fazendo isso de uma maneira consciente, sabendo das suas necessidades e desejos. Essa é a função mais importante do “self”, pois é responsável pela manutenção de sua estrutura central.

“O ego é a identificação progressiva com as possibilidades e a alienação destas, a limitação e a intensificação do contato em andamento, incluindo o comportamento motor, a agressão, a orientação e a manipulação” (Perls, et. al., 1951/97, p. 184).

Esta fase corresponde às etapas de “tomar contato” e do “contato pleno”. A primeira trata do estabelecimento do contato, onde o organismo irá enfrentar o meio. A figura aqui não é mais o sujeito, como na função “id”, mas sim o objeto desejado, ou seja, o outro. Neste sentido o “contato pleno”, é um momento de abertura da fronteira de contato.

Função “personalidade”

É a representação que o sujeito faz de si mesmo, sua auto-imagem, que lhe permite se reconhecer como responsável pelo que sente ou pelo que faz. Essa função do “self”, assegura a integração das experiências vividas anteriormente pelo indivíduo, permitindo que ele faça a assimilação do que foi vivido ao longo de toda sua história. Sendo assim, essa função, é a que constrói o sentimento de identidade. Segundo Perls, et. al. (1951/97): “a personalidade é a figura

criada na qual o *self* se transforma e assimila ao organismo, unindo-a com os resultados de um crescimento anterior” (p. 184).

A função “personalidade” corresponde à etapa do pós-contato ou retração, onde a assimilação irá favorecer o crescimento. Nessa etapa, o “self” integra todas as experiências significativas do sujeito, vividas no contato com o outro e consigo próprio e o situa no aqui e agora, promovendo a satisfação e bem-estar do indivíduo. Dessa maneira, o ciclo está terminado e a gestalt é fechada.

Esse processo resulta na estruturação do “eu”, que pensa, sente e age de maneira única e mais ou menos estável, preservando as vivências que são compatíveis com seu auto-conceito e alienando aquelas que são incompatíveis (Tenório, 2003).

Perls, Hefferline & Goodman (1951/97) conceituam a personalidade como “o sistema de atitudes adotadas nas relações interpessoais; é a admissão do que somos, o que fundamenta a explicação do nosso comportamento” (p. 187).

Define-se a personalidade como tudo aquilo que distingue um indivíduo de outros indivíduos, ou seja, o conjunto de características psicológicas que determinam a sua individualidade pessoal e social. A formação da personalidade é processo gradual, complexo e único a cada indivíduo. O termo deriva do grego *persona*, com significado de *máscara*, designava a “personagem” representada pelos atores teatrais no palco (Wikipédia, 2006).

Segundo Moore e Fine (1990) *apud* Delisle (1999) definem a personalidade como “padrões de comportamento observáveis, costumeiros, ego-sintônicos e, sob circunstâncias ordinárias, relativamente previsíveis que caracterizam a vida diária de um indivíduo” (p. 47).

O termo personalidade é considerado como o conjunto de características do existir humano de acordo com o modo como são percebidas e compreendidas pela própria pessoa, em suas vivências imediatas, no decorrer de sua existência, e relacionadas aos aspectos fenomenológicos primordiais. Tais características constituem uma totalidade na vivência imediata.

Delisle (1999) *apud* Tenório (2003) faz uma síntese sobre o importante conceito da personalidade, que na verdade, engloba todos os aspectos necessários para melhor entendimento do termo na abordagem gestáltica:

(...) a personalidade é definida como a síntese das experiências individuais em seus aspectos cognitivo, afetivo e sensório-motor, resultante de um processo de ajustamento criativo no campo organismo/meio, pelo qual são fixados certos padrões de

comportamento e significações emocionais, caracterizados por formas saudáveis ou patológicas de fazer ou evitar contatos com o outro e consigo mesmo (p. 32).

Quando acontece uma perda da função “ego” ou da função “personalidade”, a escolha da atitude adequada é difícil ou desadaptada, gerando assim, a neurose. O “id” percebe vagamente o mundo externo e as necessidades internas, mas o “eu”, que não consegue focalizar a consciência no que é prioridade no presente, não emite uma resposta satisfatória. Desse modo, o comportamento será emitido, sem considerar as necessidades emergentes no momento. A neurose se caracteriza, pois, por um conjunto de respostas obsoletas ou anacrônicas, em geral enrijecidas numa estrutura de caráter, que reproduz comportamentos adquiridos em outros momentos, mas repetidos no agora.

A neurose surge quando o indivíduo torna-se incapaz de alterar suas formas de interação com o meio. O indivíduo é um ser mutável, está sempre modificando suas formas e técnicas de interação, sendo necessária essa atitude, para que ele possa sobreviver. O neurótico não pode ver claramente suas próprias necessidades e, portanto, não pode satisfazê-las. Não pode distinguir-se do resto do mundo de uma forma adequada, gerando dificuldades em encontrar e manter o equilíbrio entre organismo e meio (Perls, 1973/88).

A sociedade influi demasiadamente sobre o indivíduo, e assim, ele passa a ver o mundo como esmagador. Esse clima é sentido pelo indivíduo como se todos estivessem contra ele, então, para manter o seu equilíbrio e sua auto-regulação, ele desenvolve a neurose, como forma de se proteger de toda essa ameaça (*idem*).

Para Perls *apud* Ginger & Ginger (1987/95), a neurose está vinculada ao acúmulo de “gestalts inacabadas”, de necessidades não satisfeitas, ou seja, de repetidas dificuldades no ajustamento organismo/meio.

Se para Gestalt Terapia, o indivíduo é a totalidade do organismo e meio, sendo estes, parte de um mesmo todo, onde um influencia o outro, a neurose é, então, gerada por uma relação de conflito existente entre o organismo e seu meio, que é introjetada como uma tentativa desesperada do indivíduo para recuperar o seu equilíbrio no campo organismo-meio.

A psicopatologia, diz Goodman *apud* Ginger & Ginger (1987/95), “é o estudo da interrupção, da inibição ou outros acidentes no processo do ajustamento criador” (p.127). Pois bem, o indivíduo que interrompe o contato, apropriando-se dos mecanismos de bloqueio do

contato, acaba sendo impedido de ser ele mesmo, pois o contato consigo próprio e com os outros é dificultado. Essas interrupções que geram a neurose.

A neurose consiste na desintegração da personalidade e na falta de coordenação entre pensamento e ação, levando o indivíduo a se fixar no passado, deixando de viver o presente (aqui e agora). O neurótico é uma pessoa que se preocupa, tem medo do que pode vir a acontecer, acha que uma situação que ocorreu no passado, acontecerá novamente, então ele está sempre voltado para o futuro e para o antes, mais do que para o agora.

O neurótico não possui claramente o limite entre ele e o outro, não possui a certeza do que é dele e o que é do outro, gerando uma confusão de si mesmo. O indivíduo neurótico não consegue enxergar suas próprias características e as vê no outro. Essa atitude é um mecanismo de bloqueio de contato, que será abordado no próximo capítulo.

Contudo, o neurótico tem necessidade muito grande da opinião do outro a respeito dele, do que deve fazer, do que é certo ou errado, bom ou ruim, pois ele não tem contato com sua própria experiência, com o que sente e o que gosta. O “eu” não tem força alguma, é frágil, pois age como se não existisse um “eu” próprio. Assim, a fronteira do “eu”, não está muito delimitada. O indivíduo neurótico não tem a consciência clara do que é realmente importante para ele, com isso, não consegue investir a energia necessária para um bom ajustamento e crescimento.

Quando o *eu* tenta se harmonizar com os outros e consigo mesmo, mas o contato é interrompido, devido a utilização dos mecanismos de bloqueio, acontece a dissociação e fragilidade do *eu*, que é demonstrado pelos padrões rígidos e repetitivos do comportamento, caracterizando assim, os transtornos da personalidade ou estruturas neuróticas (Tenório, 2005). Estes são modalidades incomuns do indivíduo interagir com sua vida, de se manifestar socialmente, de experimentar sentimentos (ou não experimentá-los).

Segundo o CID-10, os “Transtornos de Personalidade abrangem padrões de comportamento profundamente arraigados e permanentes, manifestando-se como respostas inflexíveis a uma ampla série de situações pessoais e sociais (...)”.

O DSM-IV fala dos Transtornos da Personalidade da seguinte forma: “é um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é invasivo e inflexível, tem seu início na adolescência ou começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo”.

Resumindo, Tenório (2003) define a neurose como:

uma perturbação do funcionamento da fronteira de contato, caracterizada por processos rígidos e repetitivos de interrupção do contato com o outro e consigo mesmo, desencadeados por uma percepção distorcida da realidade, dificultando a recuperação do equilíbrio no campo organismo/meio e impedindo a reorganização e o crescimento do Self (p.46).

5 – OS MECANISMOS DE INTERRUÇÃO DO CONTATO E SUAS RELAÇÕES COM OS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E COM AS FRONTEIRAS FIXADAS NO CONTATO E NO RETRAIMENTO

Segundo Ginger & Ginger (1987/95), a fronteira entre eu mesmo e o mundo chama-se “fronteira de contato”, ou seja, é a relação que o indivíduo estabelece com o ambiente. É nessa fronteira de contato, que os eventos psicológicos têm lugar: os pensamentos, os comportamentos, as emoções e as ações são os modos de experiência e de encontro do indivíduo com esses eventos de fronteira. A maneira pela qual uma pessoa funciona em seu meio, depende do que acontece na fronteira de contato entre ela e o meio.

Quando a relação do indivíduo com o ambiente não acontece de uma maneira satisfatória, o indivíduo irá utilizar padrões rígidos do comportamento, repetitivos e obsoletos, fazendo com que as possibilidades da interação plena de contato com seu ambiente seja reduzida, gerando, assim, a interrupção do contato. Esta, por sua vez, é expressa pelo indivíduo através dos mecanismos de bloqueio.

De acordo com a teoria da gestalt, os bloqueios do contato são mecanismos psicológicos que exercem funções defensivas e constituem padrões de comportamento e percepção pelos quais o indivíduo mantém, no presente, situações mal resolvidas do passado, impedindo-se de realizar um contato saudável.

Perls *apud* Couto (2004) identificou inicialmente no ciclo do contato cinco mecanismos de bloqueio do contato, os quais, com a contribuição de outros teóricos, atualmente se constituem em nove: Introjção, Projeção, Confluência, Egotismo, Retroflexão, Proflexão, Deflexão, Dessensibilização e Fixação.

O transtorno da personalidade, de acordo com a Gestalt Terapia, foi definido, de uma maneira geral, no capítulo anterior. Neste capítulo será exposto, mais especificamente, cada um deles, de acordo com suas classificações feitas pelo DSM-IV-TR. Ao todo são dez: Transtorno da Personalidade Paranóide, Esquizóide, Esquizotípica, Anti-Social, Borderline, Histriônica, Narcisista, Esquiva, Dependente e Obsessivo-Compulsiva.

O modo de estabelecer contato com o outro e consigo mesmo, é influenciado por duas formas diferentes de funcionamento da fronteira de contato ou dois tipos de personalidade: fixada no contato ou fixada no retraimento. A primeira tende à abertura, onde a pessoa abre inteiramente

suas fronteiras para o outro, ficando vulnerável ao ambiente, sendo estabelecida uma postura de confiança e aproximação com relação aos outros. Já a segunda – fixada no retraimento – há a tendência para o fechamento, ou seja, acontece a desconfiança e afastamento perante o mundo exterior. A pessoa se isola e volta-se para dentro de si mesma. Essas duas tendências são formas de defesa desenvolvidas pela função ego do “Self”, que tem como função, preservar a estrutura de “eu” do “Self”, contra as constantes ameaças que surgem das situações inacabadas do passado.

Com base nessa explicação, fica mais fácil entender a tabela a seguir:

	Fixada no Contato	Fixada no Retraimento
Fronteira ao meio externo	Aberta	Fechada
Fronteira ao meio interno	Fechada	Aberta
Figura	O outro	O eu, corpo e mundo interno
Fundo	O eu	O outro e mundo externo

Esses dois tipos de personalidade – aberta ou fechada – possuem correlações com os mecanismos de interrupção do contato e com os transtornos da personalidade. Essa questão será abordada no decorrer deste capítulo.

5.1. Os mecanismos de interrupção do contato

5.1.1. Introjeção

Introjeção ou “engolir tudo” é o mecanismo pelo qual os indivíduos incorporam padrões, atitudes e modos de agir e pensar, que não são deles próprios e que não assimilam ou digerem o suficiente para torná-los seus (Ballone, 2005).

Para Polster & Polster (1973/2001), o indivíduo que usa a introjeção está incorporado em uma atitude passiva daquilo que o ambiente lhe proporciona. Aceita tudo que lhe oferecem, deixando de lado suas exigências e preferências.

Introjetar é “engolir inteiro”, ou seja, ingerir sem antes ser completamente digerido. É aceitar indiscriminadamente algo que não faça parte do próprio “eu”, embora pareça fazer, é ainda algo que pertence ao meio. Antes de aceitar o que foi imposto, é preciso desestruturar, analisar, separar e assimilar por inteiro, ou seja, mastigar antes de engolir.

O “self” introjeta e substitui o que é do próprio indivíduo pelo de outra pessoa. O próprio desejo é inibido: é aceito, “engolido por inteiro”, como se fosse morder a coisa sem degustá-la ou mastigá-la (Perls, Hefferline & Goodman, 1951/97).

Na introjeção, o indivíduo não tem oportunidade de crescimento e não pode desenvolver a sua própria personalidade, contribuindo para a deterioração desta, em detrimento de ocultar o que não é dele.

Um dos efeitos prejudiciais da introjeção é que os indivíduos introjetivos acham muito difícil distinguir entre o que realmente sentem e o que os outros querem que eles sintam, ou simplesmente o que os outros sentem. A introjeção também pode constituir uma força desintegradora da personalidade, uma vez que quando os conceitos e as atitudes engolidos são incompatíveis uns com os outros, os indivíduos introjetivos se tornarão divididos.

5.1.2. Projeção

A projeção é a tendência de responsabilizar os outros pelo que se origina no “self”. Envolve um repúdio de seus próprios impulsos, desejos e comportamentos, colocando fora o que pertence ao “self”. Num certo sentido, é o oposto da introjeção (Ballone, 2005).

Aquele que projeta, passa de participante ativo para se tornar passivo, pois ele se coloca como a vítima das situações, faz isso, atribuindo à alguém aquilo que acontece em seu interior. Os aspectos que fazem parte de sua própria personalidade, são percebidos como se não fizessem parte dele, com isso são negados e não aceitos, pois o projetor os considera difíceis de serem reconhecidos. Sendo assim, atribui à outra realidade possível.

Com a projeção o indivíduo espera se livrar de aspectos intoleráveis do “self” (de si mesmo) e de seus conflitos íntimos. A pessoa que projeta não pode aceitar seus sentimentos e ações e por isso os atribui a uma outra pessoa e aí, então, pode reconhecê-los e até criticá-los.

Perls *apud* Ballone (2005) chama a atenção para a distinção entre a projeção como processo patológico e a suposição baseada na observação, que é normal e saudável. Na doença a pessoa seria governada pelas projeções, falhando em reconhecê-las como hipóteses, perdendo os próprios limites e confundindo-se em termos de identidade pessoal.

O conceito de projeção enquanto uma disfunção de contato do sujeito com o objeto, tem sido motivo de estudos aprofundados por parte dos teóricos da Gestalt-Terapia, desde que Perls a definiu como sendo uma tendência para se desapropriar dos próprios impulsos, uma inclinação

em negar e não aceitar as partes da própria personalidade que são consideradas difíceis, ofensivas ou sem atrativos. O projetor é aquele indivíduo que está com sua identidade em “pedaços”, pois estes, se encontram projetados muito outros (Ballone 2005).

5.1.3. Confluência

Na confluência, os indivíduos não experienciam nenhum limite entre eles mesmos e o meio ambiente, sentem-se como se os dois fossem um só. São incapazes de ver a diferença entre si mesmos e o resto do mundo. Não discriminam o que realmente são e o que as outras pessoas são. Com isso, esses indivíduos não podem ter um bom contato com os outros e não conseguem fazer contato com eles próprios.

Segundo Perls, Hefferline & Goodman (1951/97), “é a condição de não-contato (nenhuma fronteira de *self*) embora estejam ocorrendo outros processos importantes de interação, por exemplo, o processo de funcionamento fisiológico, a estimulação ambiental etc” (p. 252).

Esse mecanismo impede qualquer contato verdadeiro, portanto, prejudica a evolução social. Impede também, qualquer confronto que implique na diferenciação entre duas pessoas distintas. Toda ruptura brutal da confluência resultará em ansiedade, acompanhada de culpa (Ginger & Ginger, 1987/95).

A confluência torna impossível um ritmo saudável de contato e de fuga, visto que tanto o primeiro quanto o segundo pressupõem um outro. Este mecanismo também impossibilita a tolerância das diferenças entre as pessoas, uma vez que os indivíduos que experienciam a confluência não podem aceitar um senso de limites e, portanto, a diferenciação entre si mesmo e as outras pessoas. Ou seja, a pessoa exige semelhança e não aceita qualquer diferença.

5.1.4. Egotismo

O egotismo consiste, de acordo com Ginger & Ginger (1987/95) numa hipertrofia do ego, na dificuldade de “enxergar” o outro, tendo-se como o centro do universo e sendo incapaz de atender às exigências do meio. É um esforço deliberado da fronteira de contato.

O egotista procura sempre se prevenir das possíveis surpresas do ambiente, checando tudo antes de agir, pensando em tudo que pode acontecer, para não dar nada errado. Portanto o egotismo é uma tentativa de aniquilação do que é incontrollável e surpreendente.

Dias (1994) *apud* Tenório (2003) relata que o egotista presta muita atenção a si mesmo e às suas próprias necessidades, sendo assim, não enxerga ou nega a demanda do meio, fazendo com que sua ação se torne inadequada e seu contato insatisfatório.

Esse mecanismo faz com que a pessoa deixe de se preocupar com os outros ao seu redor, para estar mais atenta a si própria, a fronteira de contato entre o “eu” e o outro está bastante rígida, sendo difícil para o indivíduo ter um contato pleno com os outros.

5.1.5. Retroflexão

A retroflexão significa voltar-se contra si de forma ríspida. Essas pessoas voltam-se contra si mesmas e, ao invés de dirigirem suas energias para mudança e manipulação de seu ambiente, dirigem essas energias para si próprias. Dividem-se e tornam-se sujeito e objeto de todas suas ações e passam a ser o alvo de seu comportamento.

A pessoa retroflexora faz consigo o que gostaria de fazer aos outros (postura ativa) ou faz consigo mesma o que ela gostaria que os outros lhe fizessem (postura passiva). Segundo Perls (1973/88) quando age desta forma “(...) cinde sua personalidade em agente e paciente da ação” (p. 54). Com isso, deixa de dirigir seus atos e vontades ao outro, para redirecionar para dentro de si. Possuem perante o outro, o autocontrole, durante um envolvimento que considera difícil. Neuroticamente, o retrofletor evita a frustração tentando não se envolver.

5.1.6. Proflexão

A proflexão pode ser entendida melhor quando comparada com a retroflexão. Na proflexão a pessoa faz aos outros o que gostaria de fazer a si mesma ou que os outros lhe fizessem. Para Couto (2004), consiste no desejo que o indivíduo possui de que os outros sejam ou ajam de acordo com seus anseios, chegando a manipulá-los para obter o que precisa.

Ao exercer essa manipulação, ora a pessoa assume a postura de ativa ora de passiva na circunstância em questão. Agindo como ativo, o proflector proporciona algo ao outro, mas ao mesmo tempo, espera que o outro também lhe faça o mesmo. O passivo atende as necessidades do outro, para que este se sinta em débito e um dia lhe recompense fazendo o que é esperado que ele faça.

O problema da proflexão, é quando a outra pessoa não age de acordo com as expectativas do proflector, gerando assim, ressentimentos na outra pessoa ou no próprio proflector. Na

primeira, acontece quando ele percebe que não atingiu as expectativas esperadas e no segundo quando percebe que sua dedicação e esforço foram em vão.

5.1.7. Deflexão

A deflexão consiste na ausência ou evitação de contato direto consigo mesmo e com o mundo ou a sua presença de forma superficial, desviando a energia do objeto de ação. Esse mecanismo impede qualquer contato verdadeiro, pode ser entendido como uma atitude de fuga ou evitação, sendo assim, evita o contato direto.

Segundo Ribeiro (1997) *apud* Tenório (2003) a pessoa defletora usa “um contato indireto, palavreado vago, inexpressivo ou polido demais, sem ir diretamente ao assunto” (p.63). Sua fala é geralmente superficial, dificultando o seu entendimento perante aos outros.

5.1.8. Dessensibilização

É o mecanismo pelo qual o indivíduo se sente anestesiado, incapaz de ter sensações de qualquer natureza, sendo assim, fica impedido de ter o contato pleno com a realidade. Nas palavras de Ribeiro (1997) *apud* Tenório (2003):

(...) é um processo pelo qual a pessoa se sente entorpecida, fria diante de um contato, com dificuldade para ser estimulada, e sente uma diminuição sensorial do próprio corpo, não diferenciando estímulos externos e perdendo interesse por sensações novas e mais intensas (p.64).

5.1.9. Fixação

A fixação se constitui no mecanismo em que o indivíduo se apega de forma excessiva a idéias, pessoas ou coisas, sem conseguir identificar o que está sendo vivenciado. Para Ribeiro (1997) *apud* Tenório (2003) na fixação a pessoa “(...) sente-se incapaz de explorar situações que flutuam rapidamente, permanecendo fixado em coisas e emoções, sem verificar as vantagens de tal situação” (p.66).

Perls *apud* Ballone (2005) diz que todos estes mecanismos raramente agem isolados um do outro, embora as pessoas tendem a equilibrar suas tendências neuróticas entre esses mecanismos em variadas proporções. A função crucial desses mecanismos é preencher a confusão do

neurótico na discriminação de limites. Dada esta confusão de limites, o bem-estar de um indivíduo, ou seja, sua capacidade de ser auto-apoiado e auto-regulado, estaria seriamente limitado.

5.2. Personalidades fixadas no contato e no retraimento e suas relações com os mecanismos de interrupção do contato

Após serem descritos todos os mecanismos de interrupção do contato, percebe-se que uns caracterizam-se pelo tipo de personalidade tendente à abertura, outros com tendência ao fechamento e outros ainda, nos dois.

Dentre os mecanismos de interrupção do contato, os que estão fixados no contato, ou seja, tendente à abertura da fronteira, são: a introjeção, a confluência e a proflexão. Indivíduos que desenvolvem esse tipo de personalidade, costumam confiar, apegar-se e principalmente se identificarem com os outros. Eles aceitam tudo e não se opõem a quase nada que lhe é imposto.

Enquanto os processos projeção, egotismo e retroflexão indicam fixação no retraimento, com tendência ao fechamento da fronteira, são indivíduos desconfiados, desapegados e alienados, que rejeitam e desvalorizam o outro. Eles criam uma barreira que bloqueia o contato com os outros, fazem isso, para se defenderem do mundo, que é visto como ameaçador (Tenório, 2003).

Vale fazer aqui três considerações importantes:

1ª) Todos esses mecanismos fazem parte do funcionamento neurótico;

2ª) Quando a personalidade está fixada no contato, os mecanismos de introjeção, confluência e proflexão emergem como figura, enquanto que a projeção, o egotismo e a retroflexão permanecem como fundo. Já na personalidade fixada no retraimento, a projeção, o egotismo e a retroflexão se revelam como figuras e a introjeção, confluência e proflexão são mantidas como fundo;

3ª) Da mesma maneira que essas duas tendências para a abertura e para o fechamento são contrárias, os mecanismos também o são. As características da introjeção, confluência e proflexão são contrárias àsquelas da projeção, do egotismo e da retroflexão.

Os mecanismos de deflexão, dessensibilização e fixação, possuem características neuróticas que não são tendentes para a abertura e nem para o fechamento, pertencem aos dois tipos de

personalidade. Portanto, esses mecanismos, funcionam tanto como figura, quanto fundo nas duas tendências neuróticas (Tenório, 2003).

5.3. Os Transtornos da Personalidade

Os transtornos da personalidade serão descritos abaixo de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (2003).

5.3.1. Transtorno da Personalidade Paranóide

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Paranóide é um padrão invasivo de desconfiança e suspeita quanto aos outros, de modo que seus motivos são interpretados como malévolos. Os indivíduos com este transtorno são indicados por, no mínimo, quatro dos seguintes critérios:

- Supõem que as outras pessoas os exploram, prejudicam ou enganam, ainda que não exista qualquer evidência apoiando esta idéia.
- Preocupam-se com dúvidas infundadas quanto à lealdade e confiabilidade de seus amigos ou colegas.
- Relutam em ter confiança ou intimidade com outras pessoas, pelo medo de que as informações que compartilham sejam usadas contra eles.
- Lêem significados ocultos, humilhantes e ameaçadores em comentários ou observações benignas.
- Guardam rancores persistentes e relutam em perdoar os insultos, ofensas ou deslizes.
- Seus contra-ataques são rápidos e reagem com raiva aos insultos percebidos.
- Podem ser patologicamente ciumentos, freqüentemente suspeitando da fidelidade de seu cônjuge ou parceiro sexual, sem qualquer justificativa adequada.

5.3.2. Transtorno da Personalidade Esquizóide

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Esquizóide é um padrão invasivo de distanciamento de relacionamentos sociais e uma faixa restrita de expressão emocional em contextos interpessoais. Os indivíduos com este transtorno são indicados por, no mínimo, quatro dos seguintes critérios:

- Parecem não possuir um desejo de intimidade, mostram-se indiferentes às oportunidades de desenvolver relacionamentos íntimos, e parecem não obter muita satisfação do fato de fazerem parte de uma família ou de outro grupo social.
- Preferem passar seus tempos sozinhos a estarem com outras pessoas. Com frequência, parecem ser socialmente isolados ou “solitários”, quase sempre escolhendo atividades ou passatempos solitários que não envolvam a interação com outras pessoas.
- Podem ter pouco interesse em experiências sexuais com outra pessoa.
- Têm prazer em poucas atividades (se alguma).
- Esses indivíduos não têm amigos íntimos ou confidentes, exceto, possivelmente, algum parente em primeiro grau.
- Mostram-se indiferentes à aprovação ou crítica.
- Eles geralmente exibem um exterior “insosso”, sem reatividade emocional visível, e raramente retribuem gestos ou expressões faciais, tais como sorrisos ou acenos.

5.3.3. Transtorno da Personalidade Esquizotípica

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Esquizotípica é um padrão invasivo de déficits sociais e interpessoais, marcado por agudo desconforto e reduzida capacidade para relacionamentos íntimos, além de distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico. Os indivíduos com este transtorno são indicados por, no mínimo, cinco dos seguintes critérios:

- Têm idéias de referência (isto é, interpretações incorretas de incidentes casuais e acontecimentos externos como se tivessem um significado particular e incomum, especificamente destinado a eles).
- Podem ser supersticiosos ou preocupar-se com fenômenos paranormais, que estão fora das normas de sua subcultura. Eles podem pensar que possuem poderes especiais de pressentir acontecimentos ou de ler os pensamentos de outras pessoas.
- Alterações da percepção podem estar presentes.
- Seu discurso pode incluir construções idiossincráticas, sendo frequentemente desconexo ou vago, porém sem uma real incoerência.
- São frequentemente desconfiados, podendo ter ideação paranóide.

- Não são capazes de lidar com toda a faixa de afetos, de modo que muitas vezes, parecem interagir com os outros de maneira inadequada e rígida.
- Muitas vezes são considerados esquisitos ou excêntricos por causa dos maneirismos incomuns.
- Habitualmente têm poucos ou nenhum amigo íntimo ou confidente, exceto algum parente em primeiro grau.
- Eles sentem-se ansiosos em situações sociais, particularmente aquelas envolvendo estranhos.

5.3.4. Transtornos da Personalidade Anti-Social

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Anti-Social é um padrão invasivo de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que inicia na infância ou começo da adolescência e continua na idade adulta. Este padrão também é conhecido como psicopatia, sociopatia ou transtorno da personalidade dissocial, uma vez que o engodo e a manipulação são aspectos centrais deste transtorno. Os indivíduos com este transtorno são indicados por, no mínimo, três dos seguintes critérios:

- Não se conformam às normas pertinentes a um comportamento dentro de parâmetros legais. Eles podem realizar repetidos atos que constituem motivo de detenção.
- Podem mentir repetidamente, usar nomes falsos, ludibriar ou fingir.
- Um padrão de impulsividade pode ser manifestado por um fracasso em planejar o futuro.
- Tendem a serem irritáveis ou agressivos e podem repetidamente entrar em lutas corporais ou cometer atos de agressão física.
- Exibem um desrespeito imprudente pela segurança própria ou alheia. Podem engajar-se em uso de substâncias com alto risco de consequências danosas.
- Tendem a serem consistentes e extremamente irresponsáveis.
- Demonstram pouco remorso pelas consequências de seus atos. Podem mostrar-se indiferentes ou oferecer uma racionalização superficial para terem ferido, maltratado ou roubado alguém.

5.3.5 Transtornos da Personalidade Boderline

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Borderline é um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, e acentuada impulsividade. Os indivíduos com este transtorno são indicados por, no mínimo, cinco dos seguintes critérios:

- Fazem esforços frenéticos para evitarem um abandono real ou imaginado.
- Têm um padrão de relacionamentos instáveis e intensos.
- Pode haver um distúrbio de identidade, caracterizado por uma auto-imagem ou sentimento de “self” acentuado e persistentemente instável.
- Exibem impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais para si próprios.
- Apresentam de maneira recorrente, comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou comportamento automutilante.
- Podem apresentar instabilidade afetiva, devido a uma acentuada reatividade do humor (p. ex., disforia episódica intensa, irritabilidade ou ansiedade, em geral durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias).
- Podem ser incomodados por sentimentos crônicos de vazio.
- Expressam raiva intensa e inadequada ou têm dificuldade para controlar sua raiva.
- Durante períodos de extremo estresse, podem ocorrer ideação paranóide ou sintomas dissociativos transitórios.

5.3.6. Transtornos da Personalidade Histriônica

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Histriônica consiste de um padrão invasivo de emocionalidade excessiva e comportamento de busca de atenção. Os indivíduos com este transtorno são indicados por, no mínimo, cinco dos seguintes critérios:

- Sentem-se desconfortáveis ou desconsiderados quando não são o centro das atenções.
- A aparência e o comportamento dos indivíduos com este transtorno com frequência são, de maneira inadequada, sexualmente provocantes ou sedutores.
- A expressão emocional pode ser superficial e apresentar rápidas mudanças.
- Usam consistentemente sua aparência física para chamar a atenção.
- Têm um estilo de discurso excessivamente impressionista e carente de detalhes.
- Caracterizam-se por autodramatização, teatralidade e expressão emocional exagerada.
- Têm um alto grau de sugestibilidade, ou seja, é influenciado pelas outras pessoas facilmente.
- Muitas vezes consideram os relacionamentos mais íntimos do que são de fato.

5.3.7. Transtornos da Personalidade Narcisista

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Narcisista é um padrão invasivo de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia. Os indivíduos com este transtorno são indicados por, no mínimo, cinco dos seguintes critérios:

- Têm um sentimento grandioso de sua própria importância.
- Constantemente se preocupam com fantasias de sucesso ilimitado, poder, inteligência, beleza ou amor ideal.
- Acreditam serem superiores, especiais ou únicos e esperam serem reconhecidos pelos outros como tais.
- Geralmente exigem admiração excessiva.
- Um sentimento de intitulação manifesta-se na expectativa irracional de receber tratamento especial.
- Nos relacionamentos interpessoais são exploradores, ou seja, tiram vantagens dos outros em prol dos seus objetivos.
- Em geral carecem de empatia e têm dificuldade em reconhecer os desejos, experiências subjetivas e sentimentos dos outros.
- Frequentemente invejam os outros ou acreditam que os outros têm inveja deles.
- Possuem comportamentos arrogantes e insolentes.

5.3.8. Transtornos da Personalidade Esquiva

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Esquiva é um padrão invasivo de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa. Os indivíduos com este transtorno são indicados por, no mínimo, quatro dos seguintes critérios:

- Evitação de atividades ocupacionais que exijam contato interpessoal, pois têm medo de críticas, desaprovação e rejeição.
- Só se envolvem com as pessoas se tiverem certeza de sua estima.
- Devido ao medo de passarem vergonha ou de serem ridicularizados, preferem manter-se reservados nos relacionamentos íntimos.
- Em situações sociais, demonstram a preocupação em serem rejeitados ou receberem críticas.
- Não se arriscam a novas situações interpessoais, devido ao sentimento de inadequação que possuem.

- Vêm-se como inferiores, sem atrativos pessoais e incapazes.
- Hesitam em assumir riscos pessoais ou envolver-se em quaisquer atividades, pois estas poderiam provocar-lhe vergonha.

5.3.9. Transtornos da Personalidade Dependente

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Dependente é uma necessidade invasiva e excessiva de ser cuidado, que leva a um comportamento submisso e aderente e ao medo da separação. Os indivíduos com este transtorno são indicados por, no mínimo, cinco dos seguintes critérios:

- Têm grande dificuldade em tomar decisões corriqueiras, sem uma quantidade excessiva de conselhos e reasseguramento da parte dos outros.
- Tendem a serem passivos e a permitir que outras pessoas tomem iniciativas e assumam a responsabilidade pela maioria das áreas importantes de suas vidas.
- Como temem perder o apoio ou aprovação, eles muitas vezes têm dificuldade em expressar discordância de outras pessoas, especialmente aquelas das quais dependem.
- Têm dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas de maneira independente. Eles carecem de autoconfiança e acreditam que precisam de auxílio para iniciar e realizar suas tarefas.
- Podem ir a extremos para obterem carinho e apoio, chegando ao ponto de se oferecerem para realizar tarefas desagradáveis.
- Sentem desconforto ou desamparo quando estão sozinhos, pelo medo exagerado de serem incapazes de cuidar de si próprios.
- Quando um relacionamento significativo termina, eles podem sair urgentemente em busca de outro relacionamento, que ofereça os cuidados e o apoio de que necessitam.
- Em geral se preocupam com temores de que serão abandonados à própria sorte.

5.3.10. Transtornos da Personalidade Obsessivo-Compulsiva

A característica essencial do Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva é uma preocupação com organização, perfeccionismo e controle mental e interpessoal, às custas da flexibilidade, abertura e eficiência. Os indivíduos com este transtorno são indicados por, no mínimo, quatro dos seguintes critérios:

- Tentam manter um sentimento de controle através de uma atenção extenuante a regras, detalhes triviais, procedimentos, listas, horários ou formalidades, chegando a perderem o ponto mais importante da atividade.
- O perfeccionismo interfere na conclusão de tarefas.
- Demonstram excessiva dedicação ao trabalho e à produtividade, chegando à exclusão de atividades de lazer e amizades.
- Podem ser excessivamente conscienciosos, escrupulosos e inflexíveis acerca de questões relativas à moralidade, ética ou valores.
- Podem ser incapaz de jogarem fora objetos usados ou inúteis, mesmo quando não possuem valor sentimental.
- São avessos a delegar tarefas ou a trabalhar com outras pessoas. Eles insistem, de maneira teimosa e irracional, que tudo seja feito à sua maneira e que as pessoas se amoldem a seu jeito de fazer as coisas.
- Podem ser miseráveis e mesquinhos, acreditando que os gastos devem ser rigidamente controlados, a fim de se precaverem de futuras catástrofes.
- São rígidos e teimosos.

5.4. Personalidades fixadas no contato e no retraimento e suas relações com os transtornos da personalidade

Após terem sido definidos e caracterizados os transtornos da personalidade, nota-se que alguns tendem para a personalidade aberta, fixada no contato e outros para a personalidade fechada, fixada no retraimento. Para fazer essa divisão, é necessário que se analise cada transtorno, com base nas suas características citadas anteriormente e as relacione com as fronteiras de contato.

O paranóide vê o outro com desconfiança e se recusa em ter um relacionamento interpessoal; o esquizóide se distancia dos relacionamentos sociais e nesse contexto, ele não expressa suas emoções perante o outro; o esquizotípico não se sente à vontade nos relacionamentos íntimos; o anti-social não se preocupa com o outro, não o respeita; o borderline possui relacionamentos intensos, como forma de evitar o abandono; o histriônico busca a atenção do outro; o narcisista se vê sempre em primeiro lugar, acima do outro; o indivíduo que possui a

personalidade esquiva sente-se inibido e inadequado quando se relaciona com o outro; o dependente possui uma enorme necessidade de estar amparado pelo outro, sendo que a opinião deste, vale mais que a sua e o obsessivo-compulsivo está sempre preocupado com suas próprias atitudes.

Então, os indivíduos que possuem os transtornos da personalidade Paranóide, Esquizóide, Esquizotípica, Anti-Social, Narcisista, Esquiva e Obsessivo-Compulsiva são pessoas que se defendem do mundo, voltam-se para dentro de si, pois vêem os outros como perigosos e ameaçadores, sendo assim, estão voltados para o fechamento.

As personalidades Borderline, Histriônica e Dependente estão voltadas para a abertura, pois são pessoas que estão sempre precisando do suporte e envolvimento com os outros. Fazem o possível para evitarem conflitos e abandono das outras pessoas.

Em relação a figura e fundo, verifica-se que as personalidades Paranóide, Esquizóide, Esquizotípica, Anti-Social, Narcisista, Esquiva e Obsessivo-Compulsiva têm como figura o mundo interno, e como fundo o mundo externo. Já nas personalidades Borderline, Histriônica e Dependente, o outro se torna figura e o *eu* permanece como fundo.

6 – METODOLOGIA DE PESQUISA

6.1. Principais características e objetivos da pesquisa qualitativa

Considerando que o objetivo deste trabalho monográfico é estudar a personalidade do dependente químico, através de entrevistas semi-estruturadas, nas quais o sujeito é solicitado a descrever suas experiências vividas na relação com as drogas, com as pessoas de seu meio social e familiar e consigo mesmo, o método de pesquisa escolhido foi o qualitativo.

Para fazer a escolha entre realizar uma pesquisa qualitativa ou pesquisa quantitativa, é necessário que, antes, o investigador tenha um entendimento claro do que significa os termos fenômeno e fato.

A pesquisa qualitativa foi escolhida para este trabalho, devido a sua característica de lidar com os fenômenos, entendido como algo que se manifesta na consciência do sujeito, ou seja, aquilo que é vivido e descrito pelo sujeito enquanto experiência consciente que constitui sua subjetividade. Não seria adequada a utilização da pesquisa quantitativa, pois ao invés de lidar com o fenômeno, ela trabalha com o fato. Entende-se como fato, tudo aquilo que pode ser estudado de forma objetiva e rigorosa pela Ciência (Martins & Bicudo, 1987).

Outra característica da pesquisa qualitativa é a de lidar com a exceção, com o que se desvia da norma, com o que é único e singular. Ela não se preocupa em generalizar o que é encontrado nos casos estudados e não pauta seus procedimentos em dados estatísticos, ao contrário, ela busca uma compreensão particular do que é pesquisado, estando focada no individual. Já a pesquisa quantitativa, faz generalizações do que é estudado e tem como objetivo chegar a princípios explicativos dos casos. Então, enquanto a pesquisa quantitativa busca a explicação, a pesquisa qualitativa não quer explicar os fenômenos estudados e sim compreendê-los (*idem*).

Compreender é uma forma de cognição diferente da explicação. Como cita Martins & Bicudo (1987): “Compreender é tomar o objeto a ser compreendido na sua intenção total, não apenas naquilo que as coisas são na sua representação (...). Mas compreender é ver o modo peculiar, específico, único de o objeto existir” (p.76).

Dizer que a pesquisa qualitativa é qualquer investigação que não utilize operações matemáticas, não sendo muitas das vezes considerada científica, é um erro, pois ela precisa de validade, fidedignidade e hipóteses. Segundo Turato (2005), deve-se, assim, evitar assertivas

destes tipos: método de pesquisa que não lança mão de recursos como números, cálculos de percentagem, técnicas estatísticas, tabelas, amostras numericamente representativas, questionários fechados ou escalas de avaliação, não é confiável cientificamente.

O que define a pesquisa qualitativa é o fato de não prescindir do método numérico, mas não é a ausência de estatística. Pode-se fazer uma pesquisa qualitativa com números. Os métodos qualitativos e quantitativos podem ser conciliados. Atualmente, metodologias qualitativas não mais se apresentam como oposição aos métodos quantitativos, mas como enfoques diferentes e necessários no campo da pesquisa social empírica.

O investigador que desenvolve a pesquisa qualitativa, pode interrogar o mundo ao seu redor, por meio de duas perspectivas. A de primeira ordem, é quando o próprio investigador pergunta diretamente ao mundo o que ele está vendo. A experiência de um determinado aspecto da realidade é tida como uma relação entre aquilo que é experienciado e aquele que está experienciando. Assim, a realidade social vai sendo construída, à medida que um certo número de formas qualitativamente diferentes de experienciar fenômenos vai se desenvolvendo. Outro modo também, a perspectiva de segunda ordem, é quando o investigador pergunta para as pessoas que são sujeitos da investigação suas idéias a respeito do mundo. Para isso, ele precisa saber o que a pessoa pensa a respeito do fenômeno.

Segundo a concepção de pesquisa qualitativa trazida das Ciências Humanas, não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável, então, saber o que os fenômenos representam para elas. O pesquisador tenta dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes. Não é diretamente o estudo do fenômeno em si que interessa ao pesquisador, seu alvo é, na verdade, a significação que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas (Turato, 2005).

Neste sentido, o pesquisador procura entender o processo pelo qual as pessoas constroem e descrevem os seus significados. Sendo assim, ele pretende conhecer a fundo as vivências do sujeito e que representações ele tem de suas experiências. O interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das “coisas”, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas (*idem*).

Um conceito que está intimamente ligado à pesquisa qualitativa, é a subjetividade. Este termo é usado para entender os processos que caracterizam o mundo interno do sujeito. Na definição de González Rey (2000/02), a subjetividade é “um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos produzidos na vida cultural humana, e ela se define ontologicamente como diferente dos elementos sociais, biológicos, ecológicos e de qualquer outro tipo, relacionados entre si no complexo processo de seu desenvolvimento” (pp. 36-37).

O autor ainda diferencia a subjetividade individual da social, sendo que ambas constituem dois níveis que se integram na definição qualitativa do subjetivo e que, ao mesmo tempo, são momentos constantes de tensão e contradição que atuam como força motriz do desenvolvimento em ambas as instâncias da subjetividade. A individual é determinada socialmente, pois o indivíduo é um elemento constituinte da subjetividade social, ou seja, uma integra a outra, elas não são dicotômicas, sendo que a subjetividade individual está formada com aspectos da subjetividade social.

Outra característica básica da pesquisa qualitativa, segundo Freitas (2002) é que só se pode compreender o mundo através dele próprio, para isso o investigador tem que viver a pesquisa, “entrar” por completo nela. Para buscar compreender a questão formulada é necessária inicialmente uma aproximação, ou melhor, uma imersão no campo para familiarizar-se com a situação ou com os sujeitos a serem pesquisados.

Tal pesquisador precisa freqüentar os locais em que acontecem os fatos nos quais está interessado, preocupando-se em observá-los, entrar em contato com pessoas, conversando e recolhendo material produzido por elas ou a elas relacionado. Procura, dessa maneira, trabalhar com dados qualitativos, que envolvem a descrição pormenorizada das pessoas, locais e fatos envolvidos. A partir daí, ligadas à questão orientadora, vão surgindo outras questões que levarão a uma compreensão da situação estudada.

Além de todas essas características, a pesquisa qualitativa também tem que ser rigorosa, controlada, fundamentada e essencialmente crítica e radical. Radical no sentido que ela vai até a raiz do problema.

Na pesquisa qualitativa, o objetivo é produzir conhecimento de algo. Conhecer algo remete necessariamente “a”. O objeto não está fora do indivíduo, é correlato a ele. O ato de pesquisar funda-se sobre uma ação que visa alcançar o sentido de algo, ou seja, ao produzir conhecimento se lida com o significado.

A pesquisa qualitativa desvela o óbvio, o que já estava ali presente. O que é preciso fazer é se aproximar do fenômeno. Não é algo completamente novo, será considerado novidade, se for visto com um olhar novo, ou seja, diferente do que já se tinha antes.

Outros objetivos da pesquisa qualitativa, de acordo com A. Holanda (comunicação pessoal, 18 de outubro de 2006):

- Preocupação significativa com a escolha dos sujeitos (que devem ser representativos no que tange à experiência do fenômeno a ser estudado).

- Colocação “entre parênteses” das experiências pessoais para ir ao encontro do fenômeno tal qual ele se mostra. É preciso que o investigador se abstenha do que já sabe a respeito do fenômeno que está estudando.

- Necessidade de sólida fundamentação filosófica na fenomenologia.

Para conduzir a pesquisa qualitativa em Ciências Humanas, é fundamental que a sua metodologia seja, ao mesmo tempo, de natureza teórica e prática. A teoria, que são os pensamentos e as hipóteses, está correlacionada com os dados, que são as experiências e os fenômenos. O que o pesquisador aprende na teoria servirá como base para suas investigações práticas, o ajudando a ter um olhar mais preciso e sólido do fenômeno que irá estudar. Segundo Martins & Bicudo (1987):

A pesquisa, na abordagem qualitativa, é concebida como sendo um empreendimento mais abrangente e multidimensional do que aquele comum à pesquisa quantitativa. Porém, tal abordagem não é única. Há uma variedade de procedimentos metodológicos e de concepções que estão sendo desenvolvidos em diferentes partes do mundo para satisfazer os aspectos qualitativos dos fenômenos pesquisados em Psicologia da Educação (pp. 27-28).

Os métodos qualitativos são métodos das Ciências Humanas que pesquisam, explicitam e analisam fenômenos (visíveis ou ocultos). Esses fenômenos, por essência, não são passíveis de serem medidos, eles possuem as características específicas dos “fatos humanos”. A pesquisa qualitativa lida com “fatos humanos”, que são conjuntos de significados, não definidos como “coisa”.

O método qualitativo tem maior força no rigor da validade dos dados coletados, já que a observação dos sujeitos, por ser acurada e sua escuta em entrevista, por ser em profundidade,

tendem a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo. O pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo, espelhando-os então em sua consciência, onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados.

Nas Ciências Humanas, o objeto de estudo é o homem, “ser expressivo e falante”. O investigador encontra-se perante um sujeito que tem voz e tem de falar com ele, estabelecendo um diálogo, construindo uma relação entre sujeitos. Dessa maneira, tem-se um processo dialógico, uma vez que investigador e investigado são dois sujeitos em interação. Sendo assim, é um processo que supõe duas consciências, dois sujeitos, portanto, dialógico.

Disso também resulta que o investigador, quando realiza a pesquisa qualitativa, é alguém que está em processo de aprendizagem, de transformações. Ele se ressignifica no campo. O mesmo acontece com o pesquisado que, não sendo um mero objeto, também tem oportunidade de refletir, aprender e ressignificar-se no processo de pesquisa.

6.2. Objetivos da pesquisa realizada

A presente pesquisa teve como objetivo descrever e compreender as experiências vividas pelo dependente químico, focalizando os aspectos que facilitaram a iniciação, manutenção e suspensão do uso da droga; os significados que esta tem para ele; e as conseqüências geradas pela dependência química em sua personalidade e em sua vida como um todo. Neste sentido, através de entrevistas pretendeu-se investigar as relações que esse indivíduo mantém com a família, com o ambiente escolar e com a sociedade, com o objetivo de encontrar em suas relações interpessoais as bases afetivo-emocionais, responsáveis pela estruturação de sua auto-estima e de sua personalidade.

Desse modo, através dos relatos verbais dos sujeitos dependentes químicos a respeito de suas relações consigo mesmo, com a família e com os outros, a pesquisadora quis detectar os traços de personalidade e os fatores psicossociais que desencadearam a dependência química.

6.3. Procedimentos Metodológicos

6.3.1. Escolha e descrição dos sujeitos

Para fazer a escolha dos sujeitos, a pesquisadora se dirigiu ao estabelecimento de uma Igreja, onde acontecem reuniões semanais do Grupo de Ajuda Mútua (GAM) a dependentes químicos. Foram expostos os objetivos e as condições da pesquisa para o Grupo e dois de seus membros se prontificaram a participar, como forma de colaborar com a mesma.

Os dois sujeitos da pesquisa eram, portanto, dependentes químicos, do sexo masculino, com idades de 42 e 49 anos. Durante nove meses eles se internaram em uma Comunidade para tratamento e hoje freqüentam semanalmente as reuniões do GAM. Atualmente são coordenadores e estão sem fazer uso da droga.

O sujeito 1 tem 42 anos de idade, solteiro, filho de pais separados, natural de Brasília, mora na asa sul com sua mãe e seus dois filhos (uma menina e um menino de oito e 10 anos respectivamente). Tem quatro filhos e possui o segundo grau incompleto. Fez uso da droga durante 22 anos da sua vida e está há um ano sem usá-la. Hoje é um dos coordenadores das reuniões do GAM.

O sujeito 2 possui 49 anos de idade, nasceu em Patos de Minas, separado e reside no Guará com sua mãe, o pai é falecido. Tem o segundo grau completo e possui três filhos (um homem de 21 anos e duas mulheres de 23 e 30 anos). Usou a droga por 35 anos na vida e está sem fazer uso desde o dia 02/09/05. É ele quem coordena a Comunidade para o tratamento de dependentes químicos, junto com mais uma pessoa.

6.3.2. Coleta dos dados

Como instrumento de coleta e registro dos dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice 2) com perguntas abertas. A opção por esse tipo de entrevista foi devido à sua flexibilidade, permitindo uma maior riqueza e profundidade do conteúdo das informações colhidas. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas (Apêndice 3), com duração em torno de duas e três horas, com os sujeitos 1 e 2 respectivamente.

As entrevistas foram realizadas em uma das salas do estabelecimento da Igreja, onde são realizadas as reuniões do GAM, o que proporcionou a cada sujeito ser entrevistado individualmente em um ambiente adequado para a pesquisa.

Antes de iniciar a coleta dos dados foi exposto aos entrevistados uma carta de apresentação e termo de consentimento (Apêndice 1), para que eles ficassem cientes das condições da pesquisa e que concordassem em participar da mesma.

Para Queiroz (1988) *apud* Duarte (2002), a entrevista semi-estruturada é uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre investigado e investigador e que deve ser dirigida por este de acordo com seus objetivos. Desse modo, da vida do investigado só interessa aquilo que vem se inserir diretamente no domínio da pesquisa. O investigador na pesquisa qualitativa, está preocupado em interpretar subjetivamente as experiências vividas pelo investigado.

A entrevista, na pesquisa qualitativa, não se reduz a uma troca de perguntas e respostas previamente preparadas, mas é concebida como uma produção de linguagem, portanto, dialógica. Os sentidos são criados na interlocução e dependem da situação experienciada. As enunciações acontecidas dependem da situação concreta em que se realizam, da relação que se estabelece entre os interlocutores, depende de com quem se fala. Na entrevista é o sujeito que se expressa. Na coleta dos dados, o tratamento dos mesmos é feito por meio da interpretação, que busca compreender os sentidos e significados atribuídos à palavra.

6.3.3. Análise dos dados

Os dados requeridos na entrevista constituídos pelos recados verbais dos sujeitos tiveram seus conteúdos analisados de acordo com o modelo proposto por Bardin (1979), que é bastante usado na pesquisa qualitativa. Este modelo facilita a organização do material que foi colhido e ajuda a formular hipóteses ou questões norteadoras, a partir de indicadores que fundamentarão a interpretação final.

De acordo com Bardin (*op. cit.*), a análise de conteúdo se define por ser “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (p.38).

O trabalho começa quando se faz a escolha do material que será analisado. No caso dessa pesquisa são as entrevistas realizadas com os sujeitos. Como cita Ferreira (2000), as entrevistas transcritas constituem o corpo da pesquisa. Mas para isso é preciso seguir algumas regras, que são elas:

A exaustividade (usar a entrevista na sua totalidade, sem deixar que nada fique sem ser colocado), a representatividade (os sujeitos entrevistados devem representar o universo do fenômeno pesquisado), a homogeneidade (os dados não devem ser contraditórios, tem que serem obtidos de maneira semelhantes), a pertinência (a entrevista deve ser de acordo com o que está sendo pesquisado) e a exclusividade (um mesmo elemento deve pertencer a apenas uma categoria).

Depois de terem sido seguidas essas regras, deve-se ter o primeiro contato com o documento, isso é feito por meio de uma “leitura flutuante”, é nela que surgirão as primeiras hipóteses e objetivo geral da pesquisa. As hipóteses consistem em uma prévia explicação que é feita acerca do fenômeno observado, sendo apenas provisória. Às vezes, elas não surgem nessa fase, podem aparecer no decorrer da pesquisa. Já o objetivo geral, é acima de tudo, onde o pesquisador pretende chegar (Bardin, 1979 *apud* Ferreira, 2000).

Feita a “leitura flutuante”, escolhe-se os índices, que surgirão das questões norteadoras ou das hipóteses, que são organizadas em indicadores. Estes surgem da repetição de temas a partir da edição das entrevistas transcritas, onde começa a surgir a preparação do material.

Esses procedimentos não possuem uma maneira rígida e obrigatória que o pesquisador tem necessariamente que seguir. São apenas etapas, que podem ser modificadas, tudo vai depender do interesse que o investigador tenha para sua pesquisa e os objetivos que o levaram a realizá-la.

Com a preparação do material já acontecendo, começa a exploração do mesmo. Esta é uma etapa mais demorada e requer mais empenho do investigador. É o momento da codificação, onde os dados brutos tomarão uma forma mais organizada. Para isso, é preciso escolher as unidades de registro (recortando no texto o que for significativo), selecionar as regras de contagem (realizando uma enumeração rigorosa dos fatores: presença, ausência, frequência, intensidade, direção, ordem de aparição e co-ocorrência) e escolher as categorias (seguindo os critérios, que podem ser semânticos, sintáticos, léxicos e expressivos).

A categorização permite reunir um maior numero de informações, mas de uma maneira simplista, possibilitando a ordenação dos significados, de forma mais previsível e possível de ser

compreendido. O agrupamento dos elementos similares nas categorias, acontece de duas formas: o inventário – isolando-se os elementos em comum – e a classificação, onde reparte-se os elementos e organiza-se a mensagem. Bardin (1979) *apud* Ferreira (2000) afirma que este processo fornece uma representação significativa dos dados brutos, de um modo condensado, já que a categorização permite que os dados brutos sejam organizados.

Para categorizar, pode-se empregar dois processos inversos, denominados de “caxias” e “milha”. O primeiro é quando o sistema de categorias, baseado em hipóteses teóricas, reparte os elementos à medida em que estes vão sendo encontrados e o segundo, surge da análise do trabalho, quando as categorias vão emergindo da classificação dos elementos (Bardin, *op. cit.*). Para serem consideradas boas, as categorias devem possuir certas qualidades como: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade.

Após estabelecer as categorias, começa uma outra etapa da análise de conteúdo, que é o tratamento dos resultados, divididos em inferência e interpretação.

A Inferência orienta-se por diversos pólos de atenção existentes em uma comunicação, os principais são: emissor (aquele que produz a mensagem), receptor (pessoa a quem se dirige a mensagem) e mensagem (a partir dela que é feita toda a análise).

A Interpretação é quando o investigador passa da descrição à interpretação através de conceitos e proposições (Taylor & Bogdan, 1987 *apud* Ferreira, 2000). Os conceitos sensibilizam o pesquisador, permitindo uma imagem significativa. Eles são derivados da cultura estudada e da linguagem dos informantes e não da definição feita pela Ciência.

Ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique. Quando se encontram temas diferentes, é necessário encontrar semelhanças entre eles.

Durante a interpretação dos dados é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos, pois são eles que irão demonstrar a relação existente entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, permitindo que apareça um sentido à interpretação feita.

Então, depois de descritas e entendidas todas essas etapas e colocadas em prática, nota-se que a análise de conteúdo buscar chegar além da superfície, da aparência, da simplicidade dos fatos, ao contrário, ela procura alcançar o âmago das coisas, na sua real profundidade.

7 – RESULTADOS DA PESQUISA

(Análise de conteúdo)

7.1. Sujeito 1

Categoria 1. FASE DE INICIAÇÃO ÀS DROGAS

Definição: esta categoria se refere à descrição das experiências e das relações familiares, sociais e escolares vividas pelo sujeito e do tipo de substância utilizada no período de sua iniciação ao uso das drogas.

Temas abordados nesta categoria:

a) Período da vida que se deu a iniciação às drogas

Verbalização:

- “eu era adolescente, foi na época do colégio, quando eu passei a estudar à noite. Tinham as turmas, eu ia pros bares tomar a cervejinha e bater papo. Depois namoro, finais de semana saía para prolongar a noite”

b) As drogas utilizadas na fase de iniciação

Verbalizações:

- “Comecei com o álcool”

- “Começou com a maconha”

- “eu conheci a cocaína”

- “Fumei cigarro”

c) Relação familiar, social e escolar na fase de iniciação às drogas

Verbalização:

- “Minha relação com a família e os amigos era ótima, vida normal. Trabalhando, ajudando minha mãe onde ela trabalhava, ia pro colégio de manhã”

d) Experiência vivida com o uso das drogas na fase de iniciação

Verbalização:

- “eu bebia pelo prazer, pra ficar com as pessoas que eu gostava”

Categoria 2. FATORES QUE PROMOVERAM A INICIAÇÃO AO USO DAS DROGAS

Definição: esta categoria se refere à descrição dos fatores que contribuíram ou motivaram o sujeito a fazer uso da droga.

Temas abordados nesta categoria:

a) Influência dos amigos

Verbalizações:

- “os amigos que tinham mais contato, mais influência, de classes mais altas, que apareciam dando a droga”
- “Aí quando conheci a pessoa, que foi a primeira vez que me colocou de frente com a cocaína, que eu usei ela”
- “E a pessoa estava sempre por perto, então era só dar mais uma cheiradinha ou duas”

b) Desconhecimento sobre a dependência química como doença

Verbalizações:

- “Sem saber, eu tinha um problema, que é a doença e aquilo foi mexendo com o meu estado dentro do organismo”
- “Não sabia que aquela doença estava cada dia mais forte dentro de mim, cada dia mais me dominando, cada dia mais estava me tornando incontrolado sem saber e minha vida tava descontrolando, justamente por causa disso”
- “Eu com 17 anos, eu não queria beber, se soubesse que eu tinha essa doença dentro de mim”

c) Falta de informação sobre as drogas

Verbalizações:

- “então nesse tempo não era muito desenvolvido, as coisas não tinham muita divulgação na imprensa, na televisão, no jornal, tanto que era só a gente que falava em maconha”
- “se tivesse na época algum trabalho em cima disso, como esse que você está fazendo sobre as pessoas ou na área médica, até poderia ser trabalhado, mas isso era uma coisa que só a classe

social rica tinha conhecimento, o pessoal que tinha estudo. Os pais que pegavam os filhos escondiam, não deixavam transparecer aquilo, colocavam outras histórias no meio”

Categoria 3. EFEITOS PRODUZIDOS PELO USO DAS DROGAS

Definição: esta categoria aborda os efeitos físicos e psicológicos que a droga proporcionava ao sujeito, tanto os efeitos positivos como os negativos.

Temas abordados nesta categoria:

a) Tranquilidade

Verbalização:

- “Não fazia mal, só deixava num estado de sonolência, um estado assim tranquilo”

b) Vitalidade

Verbalização:

- “Não cansava, não tinha fome e não queria dormir, podia beber à vontade”

c) Depressão

Verbalizações:

- “mas no momento que eu tava fumando um, ia me dando uma depressão”
- “Eu acredito que muitas pessoas chegam até ao suicídio pela depressão do uso”
- “Quando eu usava tinha depressão, porque eu não tinha essa força para sair”

d) Mal estar físico e indisposição

Verbalização:

- “E além do mais eu era novo e não agüentava beber muito, passava mal, ficava muito zozinho e ia pra casa dormir ou então ficava lá no canto e aquilo me deixava muito mal, porque eu deitava de noite, não fazia mais nada, não dava conta de nada”

e) Medo

Verbalização:

- “o efeito que dava em mim era totalmente diferente do que dava nas outras pessoas, eu ficava com medo, tinha aqueles pensamentos que todo mundo tava me observando, estavam de olho em mim, sabiam que eu tava drogado, então quando eu olhava pra você, eu já tirava o olho de você, não me sentia bem e saía”

f) Baixo auto-estima

Verbalizações:

- “A sua auto-estima tá praticamente a zero, quando você está em uso. Ainda tem auto-estima, mas você deixa ela de canto, a gente diz assim, você coloca ela dentro de uma caixa ou de uma gaveta, fecha e esquece. Não quer tomar um banho, não quer trocar uma roupa”
- “A pessoa se vê num meio tão sujo, que não percebe sujeira, nem mau cheiro das coisas”

Categoria 4. FATORES QUE PROMOVERAM A MANUTENÇÃO DO USO DAS DROGAS

Definição: esta categoria descreve os motivos que contribuíram para que o uso das drogas fosse mantido pelo sujeito, apesar dos efeitos negativos.

Temas abordados nesta categoria:

a) Descrença nos outros

Verbalizações:

- “e a gente tem essa de não acreditar. O dependente não aceita as coisas que são faladas pra ele”
- “Eu vou num parente, no irmão, na irmã, no sobrinho, no tio, no pai, na mãe, todo mundo já se afastou, não porque não gosta da pessoa, mas pelo lado de querer ajudar e o dependente não vê isso”

b) Necessidade de utilização da droga em quantidades cada vez maiores

Verbalizações:

- “Mas eu sentia que o organismo pedia uma coisa mais forte, que mantivesse aquele meu estado, que naquele momento eu estava me sentindo bem”
- “quase todos os dependentes, começam com uma faixa etária nova e vai ficando mais velho e aumentando o consumo do uso e aí começa a ver a verdadeira história, a verdadeira imagem da coisa”

- “isso não me satisfaz, eu tenho que arrumar mais, sempre mais, muito mais, todo santo é pouco”
- “A coisa que estava dentro do organismo, já estava mais forte, então para beber, tinha que ser duas, três vezes a mais”

c) Tendência hereditária

Verbalização:

- “Era uma compulsão e eu sou predestinado, isso vem de uma quarta geração, isso vem do meu pai, do pai dele, do pai do pai dele e do pai do pai dele. E eu fui predestinado a isso, digamos assim, eu vim com bichinho já infiltrado e aí foi onde eu comecei a acordar esse bichinho”

d) Negação da dependência

Verbalização:

- “Mas chega um tempo em que ele percebe que está enganando a ele próprio, ele cria uma máscara para não querer enxergar isso”

Categoria 5. FATORES QUE PROMOVERAM A SUSPENSÃO DO USO DAS DROGAS

Definição: esta categoria descreve os fatores que foram percebidos pelo sujeito como motivadores para iniciar o tratamento da dependência química.

Temas abordados nesta categoria:

a) Conhecimento da droga

Verbalizações:

- “Lá dentro quando eu estive internado, conheci a respeito do que é a doença, fiquei sabendo que é uma doença progressiva, fatal e que tem tratamento e depende de mim”
- “Eu já sei meu problema, já sei a minha doença, sei que não posso com álcool e droga”
- “Hoje eu reconheço o que eu tenho, qual o problema que está em mim, é uma doença, e ela já estava predestinada”

b) Consequências negativas do uso das drogas na vida familiar, social e ocupacional

Verbalizações:

- “A droga me causou várias dores, uma é minha mãe, ela é muito traumatizada com isso”

- “E mãe, filhos, todo mundo, a gente larga o nosso dia-a-dia dentro de casa, os afazeres, as obrigações, tudo pela droga, ela não deixa a gente fazer mais nada”
- “Eu comecei vários cursos na minha vida, mas nunca terminei, porque quando eu estava começando a gostar do curso, vinha uma vontade de usar”
- “várias situações na vida, como cadeia, acidentes, internações, perda de emprego, famílias que se separam, se acabam por causa dele ou da situação”

c) Apoio familiar

Verbalização:

- “E o dependente precisa muito da ajuda familiar, que é um alicerce dele. Se ele busca um tratamento e vê que a família tá ali por fora, continuando na mesma situação, não acreditando, não mostrando uma força, não dando uma palavra de amor, sem querer, o dependente usa aquilo como desculpa pra voltar a usar”

Categoria 6. COMPORTAMENTOS PRODUZIDOS PELA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Definição: nesta categoria estão as descrições dos comportamentos manifestados pelo sujeito no período da utilização da droga.

Temas abordados nesta categoria:

a) Mentir

Verbalização:

- “Porque o dependente mente muito, muito mesmo”

b) Agir por interesse

Verbalização:

- “O dependente age por interesse, se alguém te pede um favor você faz, só se a pessoa for te dar algum dinheiro, se não você inventa que não pode, porque tudo é voltado para droga, o tempo é voltado para droga”

c) Compulsão

Verbalizações:

- “eu sinto aquela vontade, no caso eu falando de mim que sou compulsivo, dá um negócio que eu não consigo segurar, eu tenho que fazer qualquer coisa pra arrumar, nem que seja qualquer quantidade, mas para o organismo sentir que entrou dentro de mim”
- “Enquanto eu quero usar, eu to indo, passo a perceber que isso está me fazendo mal e como não consigo me controlar, deu a vontade de usar, eu sei que ela está ali, mas porque tenho que usar e não consigo? É uma força maior”

d) Disposição para correr riscos

Verbalizações:

- “Quando eu corria risco era por causa da droga”
- “se você falar que algo é arriscado, é desconhecido, está relacionado a uma vida passada e eu não posso me colocar à prova, estaria caminhando para uma recaída”
- “Antes eu corria todos os riscos em função da droga, não tinha controle”

e) Auto-piedade e auto-enganação

Verbalizações:

- “começa aquela história da auto-piedade, que é outra máscara que o dependente usa, de dizer que é um coitadinho, que nada dá certo para ele e tal”
- “eu vou me auto-enganar, é uma máscara que vou colocar”

Categoria 7. MUDANÇAS PRODUZIDAS PELA SUSPENSÃO DO USO DAS DROGAS

Definição: esta categoria descreve as mudanças ocorridas na vida do sujeito depois que ele interrompeu o uso da droga.

Temas abordados nesta categoria:

a) Elevação da auto-estima

Verbalização:

- “Agora tenho vontade de me vestir, de me manter limpo”

b) Maior controle financeiro

Verbalização:

- “Hoje posso separar meu dinheiro para minhas necessidades e as necessidades que preciso para cuidar dos meus filhos”

c) Mais facilidade em se relacionar com o outro

Verbalização:

- “Sou um pouco tímido e então eu teria muita vergonha de falar com você a respeito. Não tinha controle. Hoje não. Já vejo como uma coisa normal, conversar com as pessoas, antes eu não tinha isso. Hoje para eu conversar é bom e normal”

d) Prazer em estar com outras pessoas

Verbalização:

- “Minha preferência hoje em dia é estar com meus filhos”

Categoria 8. TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Definição: nesta categoria encontra-se a descrição de alguns traços que fazem parte da personalidade do sujeito, mencionados por eles.

Temas abordados nesta categoria:

a) Prepotência e orgulho

Verbalização:

- “Eu vejo os meus defeitos de caráter na minha frente: a prepotência, o orgulho e isso mexe, eu tenho consciência disso”

b) Descontrole das emoções

Verbalizações:

- “eu não tenho controle das minhas emoções”

- “Eu tinha que tomar decisão de imediato, não dava muito tempo para pensar, e então, você fica descontrolado emocionalmente. E hoje isso está forte dentro de mim, eu ainda não tenho esse controle e preciso trabalhar isso”

c) Brandura e flexibilidade

Verbalização:

- “Eu sou brando e flexível. Eu tenho aceitação, hoje. Antes eu me remoía demais, com o porquê disso tudo, por eu não ter condições e capacidade para mudar”

d) Independência

Verbalizações:

- “Eu me considero independente para isso, não deixo que os outros decidam as coisas por mim, eu mesmo tomo as decisões sozinho”
- “Eu não preciso da opinião do outro”

7.2. Sujeito 2

Categoria 1. FASE DE INICIAÇÃO ÀS DROGAS

Definição: esta categoria se refere à descrição das experiências e das relações familiares, sociais e escolares vividas pelo sujeito e do tipo de substância utilizada no período de sua iniciação ao uso das drogas.

Temas abordados nesta categoria:

a) Período da vida que se deu a iniciação às drogas

Verbalização:

- “Eu tinha uma namorada que fumava e ela me pedia para eu ascender o cigarro para ela (...) Mas sabe aquela paixão de adolescente pra fumar? Ela me dava cigarro pra ascender”

b) As drogas utilizadas na fase de iniciação

Verbalizações:

- “eu comecei com o cigarro”
- “comecei a beber minha cervejinha”
- “A maconha, por exemplo, eu comecei a usar”
- “eu cheirava também, usava pó”

c) Relação familiar, social e escolar na fase de iniciação às drogas

Verbalizações:

- “Antes da droga, minha relação com a família sempre foi muito boa”
- “Mas o meu convívio era muito bom, no ambiente de trabalho também, tanto que eu comecei a trabalhar com 14 anos, com carteira assinada”
- “E com os estudos também, estudei em colégios particulares, que eram caros”

d) Experiência vivida com o uso das drogas na fase de iniciação

Verbalização:

- “dava uma ‘onda’ legal, porque a droga é legal, dava um prazer legal”

Categoria 2. FATORES QUE PROMOVERAM A INICIAÇÃO AO USO DAS DROGAS

Definição: esta categoria se refere à descrição dos fatores que contribuíram ou motivaram o sujeito a fazer uso da droga.

Temas abordados nesta categoria:

a) Influência dos amigos

Verbalização:

- “todos os colegas naquela época que moravam na república, nós éramos cinco, os outros quatro, eram usuários de maconha regularmente e de álcool”

b) Atividade exercida

Verbalização:

- “eu sou músico e foi uma das coisas que me levou ao uso de drogas, pois eu tocava na noite”

c) Soma de diversos fatores

Verbalização:

- “Claro que não foi só isso que me conduziu para as drogas, tinham outros aspectos. É que você tem que somar, dificilmente você vai achar um fato isolado que leve alguém ao consumo de drogas, é um monte de coisas, as causas são variadas”

Categoria 3. EFEITOS PRODUZIDOS PELO USO DAS DROGAS

Definição: esta categoria aborda os efeitos físicos e psicológicos que a droga proporcionava ao sujeito, tanto os efeitos positivos como os negativos.

Temas abordados nesta categoria:

a) Escravidão

Verbalizações:

- “quando você se torna dependente, você fica preso, você é um escravo da droga”
- “A escravidão a gente só vê com clareza, ou quando a gente tá sofrendo muito, mas isso é um período pequeno, que você começa a perceber ou quando você pede ajuda, pede socorro”

b) Depressão

Verbalização:

- “quando você bebe fica meio depressivo, o álcool te deixa assim, chega um certo ponto que você começa a cair”

c) Baixa auto-estima

Verbalizações:

- “Durante o uso a sua auto-estima fica muito baixa, baixíssima mesmo, você não se cuida, não tem preocupação com você, não tem preocupação se seu carro tá limpo ou sujo”
- “A sua auto-estima vai pro ‘pau’”

d) Mal estar físico

Verbalização:

- “Eu ficava passando mal, suando frio, tremendo e não conseguia comer”

Categoria 4. FATORES QUE PROMOVERAM A MANUTENÇÃO DO USO DAS DROGAS

Definição: esta categoria descreve os motivos que contribuíram para que o uso das drogas fosse mantido pelo sujeito, apesar dos efeitos negativos.

Temas abordados nesta categoria:

a) Mal estar por não usar a droga

Verbalizações:

- “Eu não usava e por não usar, me causava ansiedade e ela me dava sentimento de raiva e ficava agressivo”
- “E eu tinha dificuldade muito grande de lidar com a falta de droga”

b) Necessidade de utilização da droga em quantidades e frequências cada vez maiores

Verbalizações:

- “Um só também, depois de um certo tempo já é pouco, eu precisava de umas duas doses de conhaque para dar o efeito”
- “Aí eu já bebia dia de semana, de segunda a segunda, eu não parava mais”

c) Descoberta da traição da esposa

Verbalização:

- “Até que eu descobri que ela estava me traindo e então, fraquejei, não consegui segurar minha ‘onda’ e tive que beber”

d) Desejo pelo efeito da droga

Verbalizações:

- “a cerveja já não me dava mais o efeito que eu gostaria que desse, faltava um pouco mais. Eu queria coisa mais forte, aí tomava um destilado”
- “eu queria era ficar ‘doidão’, ou seja, para mim a coisa tinha que ter um efeito, não importa o que fosse, podia ser cachaça, qualquer coisa e tal”

Categoria 5. FATORES QUE PROMOVERAM A SUSPENSÃO DO USO DAS DROGAS

Definição: esta categoria descreve os fatores que foram percebidos pelo sujeito como motivadores para iniciar o tratamento da dependência química.

Temas abordados nesta categoria:

a) Consequências negativas do uso das drogas no ambiente de trabalho e na vida familiar

Verbalizações:

- “Foi quando eu vi que estava me prejudicando, perdi o emprego”
- “Teve um momento que eu comecei a ter problema de relacionamento com minha família”

b) Decisão de se internar

Verbalizações:

- “Então, em acordo com minha mulher e meus filhos, eu resolvi me internar, porque tentei parar e não consegui”
- “Depois disso, no dia seguinte da iniciativa da minha filha vir atrás de mim, eu levantei e falei: ‘vou mudar’”

c) Perda da namorada

Verbalização:

- “Aí no final das contas eu não dei certo com ela, porque ela não me suportava mais, ela não me agüentava”

Categoria 6. COMPORTAMENTOS PRODUZIDOS PELA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Definição: nesta categoria estão as descrições dos comportamentos manifestados pelo sujeito no período da utilização da droga.

Temas abordados nesta categoria:

a) Priorizar a droga

Verbalizações:

- “Deu sono, depende de droga, pra ficar acordado, depende de droga, seu alimento é a droga, seu amor é droga. Tudo gira em torno dela”
- “Ele larga a mulher pra ir atrás da droga. A droga fica sempre em primeiro lugar”

b) Despreocupação e desvalorização do outro

Verbalizações:

- “Você não se preocupa com os outros, o que eles pensam sobre você, você não está nem aí. A preocupação que você tem com as outras pessoas é zero, você não preocupa com ninguém e nem com os sentimentos dos outros”

- “você não dá valor na verdade às pessoas que te valorizam de fato”

c) Manipulação

Verbalização:

- “Ele não age como as pessoas ‘normais’, possui uma manipulação exacerbada, tem um poder de persuasão enorme, possui um poder de convencer que é cruel”

d) Compulsão

Verbalização:

- “Mas aí depois desse tempo eu não tinha mais controle, perdi o controle”

e) Orgulho

Verbalização:

- “São vários os momentos que o dependente tem orgulho, então se ele pede ajuda hoje e você não ‘dá a mão’ para ele, pronto, ele não pede mais, pois o orgulho é muito grande”

f) Sentimento de vazio

Verbalização:

- “O dependente sente que falta algo, ele tem um buraco negro e precisa ocupar esse buraco. Não pode deixar que ele fique”
- “sentia um vazio. Existe uma carência muito grande”

Categoria 7. MUDANÇAS PRODUZIDAS PELA SUSPENSÃO DO USO DAS DROGAS

Definição: esta categoria descreve as mudanças ocorridas na vida do sujeito depois que ele interrompeu o uso da droga.

Temas abordados nesta categoria:

a) Elevação da auto-estima

Verbalizações:

- “Hoje eu me preocupo todo dia em fazer minha barba, em tomar banho, antes eu não me preocupava com isso, ficava 2, 3 dias sem tomar banho e achava que a mulher tinha que me achar cheiroso”
- “Sem o uso da droga, eu não era desleixado, não era largado com as coisas e comigo. Tinha uma auto-estima elevada. Tinha uma preocupação grande com a minha aparência e com tudo”

b) Maior valor da vida

Verbalizações:

- “E busquei trabalhar muito meu lado da espiritualidade, da bondade, fraternidade e procurei fazer isso muito. Aí você começa a ver as coisas boas, até nas coisas ruins, consegue ver a coisa de uma maneira diferente”

c) Preferências por outras companhias

Verbalização:

- “Uma das pessoas que gosto de estar são os companheiros, pois eles estão com o mesmo propósito que eu. Então, às vezes, ligo para eles e eles também me ligam. Gosto também de estar com minha ‘gata’ (risos)”

d) Retomar atividades que exercia

Verbalizações:

- “Fiz artes plásticas, eu pintava, tem muito tempo que não pinto, abandonei, ainda tenho vontade de retomar, pois tem muitas coisas que ainda gosto de fazer”
- “Eu jogava tênis e sempre ia, mesmo ‘doidão’. Parei tem uns 3 anos, mas ainda quero voltar”

Categoria 8. TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Definição: nesta categoria encontra-se a descrição de alguns traços que fazem parte da personalidade do sujeito, mencionados por eles.

Temas abordados nesta categoria:

a) Independência

Verbalização:

- “Sou independente. Tenho uma personalidade forte e não tenho medo de tomar decisões. Então faço isso sozinho mesmo. E não me arrependo do que decido”

b) Descontrole das emoções e sensibilidade

Verbalizações:

- “Tenho dificuldades de lidar com minhas emoções. Não tenho o autocontrole delas”
- “Sou sensível, tenho o emocional forte, choro também”

c) Gostar de experiências novas e correr riscos

Verbalizações:

- “Adoro mudanças, o novo me atrai. Gosto de passear e conhecer lugares diferentes. Tanto que não fico muito tempo e emprego, isso cansa pra mim. Claro que também não saio mudando toda hora, fico um tempo bom, como já te contei”
- “Eu gosto de viver perigosamente. O risco me atrai, me arrisco demais”

d) Confiar nas pessoas

Verbalização:

- “Não tenho muito grilo com as pessoas. Daquele jeito, confio até que me prove ao contrário”

e) Rigidez

Verbalização:

- “Me cobro muito e dos outros também. Não admito cometer erros repetitivos. Se errei uma vez, tento não errar de novo”

f) Racionalização

Verbalizações:

- “Não sou permissivo. Primeiro eu digo não, para os outros e principalmente para mim. Sabe por que? O não te dá possibilidades de você pensar, para avaliar a situação. Agora se você já diz o sim, aí não tem mais jeito, já aceitou. Busco a assertividade das coisas”
- “Não costumo agir pelo impulso, tento usar a razão. Faço isso também para não cometer erros”

8 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de realizadas as entrevistas com os dependentes químicos, gravadas, transcritas e analisadas, resta discutir os dados que foram obtidos para o objetivo desta pesquisa. Vale lembrar, que o número de sujeitos não constitui algo de fundamental importância na pesquisa qualitativa, sendo mais importante a qualidade da amostra, ou seja, os tipos de sujeitos pesquisados que devem ser representativos do fenômeno em estudo, como também, os relatos verbais destes, acerca de suas vivências relacionadas à dependência química.

De acordo com os pressupostos teóricos, vistos nos capítulos anteriores, verifica-se que os sujeitos entrevistados, manifestaram algumas características de comportamento, que correspondem a alguns critérios usados para definir a dependência química, como a compulsão, tolerância, abstinência e abandono de prazeres em prol do uso da substância.

O impulso para consumir sempre mais e a dificuldade em dosar o uso da substância, podem ser causados pela progressão da quantidade e frequência da substância, passando de um uso esporádico para o dia-a-dia, tornando mais constante, até chegar ao ponto que os próprios sujeitos conceituam como dependência.

O sujeito 1 descreveu a compulsão que sentia: “a coisa que estava dentro do organismo, já estava mais forte, então para beber, tinha que ser duas, três vezes a mais”. O sujeito 2 relatou que o uso era apenas aos finais de semana e depois passou a ser de segunda a segunda. Essas falas comprovam os primeiros critérios que determinam a dependência, que é a compulsão pelo consumo e a dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo.

Intimamente ligada a dependência, tem-se a tolerância. Onde o efeito que a droga proporcionava no início, passa não ser mais o mesmo depois de um certo tempo, pois o organismo já se acostumou com aquela quantidade, daí o consumo é aumentado, procurando-se o efeito tão gostoso como o da primeira vez, pode-se dizer, que o sujeito está em busca do efeito perdido.

O sujeito 1 contou que sempre queria mais e que uma certa quantidade não era suficiente para proporcionar-lhe o bem-estar que sentia no início: “mas eu sentia que o organismo pedia uma coisa mais forte, que mantivesse aquele meu estado, que naquele momento eu estava me sentindo bem (...) E foi assim, uma coisa, como o arroz e feijão todo dia, a mesma coisa com a

droga, todo dia, tava muito forte dentro de mim”. O sujeito 2 também demonstrou esse processo na sua fala: “a cerveja já não me dava mais o efeito que eu gostaria que desse, faltava um pouco mais. Eu queria coisa mais forte, aí tomava um destilado”.

O sujeito 2 também relatou: “eu não usava e por não usar, me causava ansiedade e ela me dava sentimento de raiva e ficava agressivo”. Nessa frase evidencia-se o estado de abstinência, definido como um estado físico que a pessoa detecta pela ausência da droga. A falta da substância faz com que o organismo vivencie mal-estares e em muitos casos, com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência, a pessoa volta a ingerir novamente a substância.

A compulsão pela droga e o seu uso constante, leva a pessoa a largar as atividades que antes eram desempenhadas por ela, pois a droga passa a ser o centro de sua vida, tornando-se primordial e acima de tudo. Isso fica bem explícito em algumas falas dos entrevistados. O sujeito 1 disse: “mãe, filhos, todo mundo, a gente larga o nosso dia-a-dia dentro de casa, os afazeres, as obrigações, tudo pela droga, ela não deixa a gente fazer mais nada”. Como também aconteceu com o sujeitos 2: “ele larga a mulher pra ir atrás da droga. A droga fica sempre em primeiro lugar (...) Fiz artes plásticas, eu pintava, tem muito tempo que não pinto, abandonei, ainda tenho vontade de retomar, pois tem muitas coisas que ainda gosto de fazer”.

Na Gestalt Terapia, existe o processo de formar figuras e fundos. Pode-se dizer, de acordo com as falas acima dos entrevistados, que a droga passou a ser figura para eles, relacionando-se de forma intrínseca com o fundo, que seriam as outras atividades deixadas de “lado”, não estando no foco de suas atenções. O fato dos entrevistados demonstrarem diversas vezes que precisavam da droga, esta se tornou uma figura única e rígida, resultando em um processo rígido, fazendo com que eles tivessem pouca mobilidade.

Muitas vezes, o dependente químico consegue perceber que o uso da droga está lhe fazendo mal, mas mesmo assim, ele não consegue largá-la, devido a forte vontade que sente em usá-la e por não ter controle sobre si mesmo. O sujeito 1 disse: “passo a perceber que isso está me fazendo mal e como não consigo me controlar, deu a vontade de usar, eu sei que ela está ali, mas porque tenho que usar e não consigo? É uma força maior”. O sujeito 2 também demonstrou na sua fala: “não agüentava mais, já estava me sentindo mal e pensei: ‘tenho que parar se não eu vou morrer, tenho que fazer alguma coisa, o que? Vou morrer’. Então comecei a beber mais e a fumar mais”.

Os fatores que podem estar na origem da dependência química variam de um indivíduo para outro. Ou seja, nem todos foram conduzidos para dependência química pelas mesmas razões. Essa questão pôde ser observada por meio das entrevistas, onde se percebeu que os sujeitos 1 e 2, apesar de terem desenvolvido o mesmo problema, eles não iniciaram seu uso pelos mesmos motivos, cada qual possui suas peculiaridades.

Apesar disso, os resultados obtidos nas entrevistas com os dependentes químicos (sujeitos 1 e 2) mostraram que eles passaram, por fases críticas de extrema vulnerabilidade, face aos problemas individuais, familiares e sociais, causados pela utilização das drogas. No sentido de identificar as causas da dependência química, foram levantados aspectos importantes como: o início da relação com a droga, os fatores determinantes do primeiro comportamento em direção à ela, o contexto e a idade que propiciou seu uso, as drogas utilizadas e as experiências vividas antes, durante e depois do uso freqüente de substâncias químicas. Enquanto o sujeito 1 começou usando o álcool, na fase da adolescência, por volta dos 17/18 anos de idade, pelo prazer que ela lhe proporcionava e para estar com os amigos do colégio; o sujeito 2 iniciou sua relação com o cigarro, com mais ou menos 15 anos, por meio de uma namorada que já fazia uso e dos amigos, quando foi morar em uma república, pois para ele era tudo muito prazeroso.

Outro fator apontado na entrevista pelo sujeito 1, como propulsor ao uso da droga, foi a tendência hereditária, ou seja, uma predisposição que vem de várias gerações anteriores, sendo assim, ele conta que já estava predestinado a desenvolver esse problema. Explicou também, que naquela época, as informações a respeito da droga não eram divulgadas e que ele próprio não tinha conhecimento do problema que apresentava. Já o sujeito 2 relatou: “é um monte de coisas, as causas são variadas”, ele explicou que o seu consumo de droga não pode ser explicado levando em consideração apenas um fato isolado, mas sim, que foram vários fatores que contribuíram para isso.

Interessante notar que os dois sujeitos relataram não terem tido problemas nas relações familiares, sociais e escolares antes de iniciarem o uso da droga. Essas relações não contribuíram em nada para o desencadeamento da dependência química, pelo contrário, eles contaram que suas relações nesses contextos eram muito boas, que não vivenciaram nada negativo (tristezas, frustrações, decepções), que isso só veio a acontecer depois de já fazerem o uso constante da droga.

As relações familiares e sociais possuem extrema importância. A família é a primeira instância de socialização, tendo uma importância fundamental para a vida das pessoas, visto que é nela que o indivíduo aprende a interiorizar a estrutura social. Esse papel da família foi comentado pelos entrevistados: o sujeito 1 relatou que a família é o alicerce do dependente, tanto que ela precisa acompanhar o tratamento junto a ele, que se o dependente busca o tratamento, mas percebe que sua família não está junto dele, é um fator que desmotiva a mudança. O sujeito 2 disse que tomou a decisão de se internar juntamente com sua família. Ou seja, na hora da decisão em se tratar, as famílias são percebidas como primordiais para os sujeitos e estas foram um dos fatores que contribuíram, para que o sujeito decidisse interromper o uso da droga. Importante esclarecer que a família não é a culpada, ela também sofre o processo.

Em relação aos fatores sociais, tem-se o grupo de iguais, os amigos, cujas influências são uma das causas da dependência química. Foi demonstrado nas entrevistas, que esse foi um dos pontos que motivaram os sujeitos a iniciarem o uso da droga. O sujeito 1 contou: “os amigos que tinham mais contato, mais influência, de classes mais altas, que apareciam dando a droga”. E ainda o sujeito 2 disse: “todos os colegas naquela época que moravam na república, nós éramos cinco, os outros quatro, eram usuários de maconha regularmente e de álcool (...) Então foi lá que eu comecei a fazer o uso”.

A dependência química também pode ser entendida, na perspectiva da Gestalt Terapia, como um mecanismo de auto-regulação, desenvolvido pelo indivíduo para viver de forma melhor, realizando um ajuste criativo. Esse processo é evidenciado em uma das falas do sujeito 2: “eu tinha dificuldade muito grande de lidar com a falta de droga, sentia um vazio. Existe uma carência muito grande (...) O dependente sente que falta algo, ele tem um buraco negro e precisa ocupar esse buraco. Não pode deixar que ele fique”.

A percepção que os sujeitos têm sobre as atitudes de um dependente químico, ou seja, os comportamentos que eles exerciam durante o uso da droga, foram apresentados durante a entrevista.

O sujeito 1 contou que o dependente faz uso de máscaras, para não enxergar o que está acontecendo com ele: “são as máscaras, para cada situação a gente tem uma máscara que cabe certinho para aquele momento”. E que para conseguir a droga, o dependente é capaz de mentir, agir por interesse e correr riscos, pois ele quer o dinheiro a qualquer custo. O sujeito 2 acrescentou outros comportamentos, como a importância da droga e a manipulação que é

exercida sobre os outros. Explicou que a droga passa a ser o centro na vida do sujeito e que tudo deixa de ser primordial em sua vida (até as pessoas), com exceção da droga: “Tudo gira em torno dela”.

Nessa época, em que tudo só tinha sentido com a droga, em que tudo valia a pena pela droga, começam a se modificar suas relações com a família, com o ambiente de trabalho e com a esposa ou namorada, surgindo os problemas e as conseqüências negativas do uso da droga.

O sujeito 1 relatou ter tido vários danos em sua vida e que um deles foi a dor que causou em sua mãe, como também, o descaso com os filhos e a dificuldade em conseguir terminar os cursos que começava. O sujeito 2 contou que teve desentendimentos na sua casa, tanto com a esposa, quanto com os filhos e que na sua “doideira” perdeu vários empregos e que ainda, depois de se separar, teve dificuldade em ter relacionamento com namoradas.

Foi nesse contexto que os sujeitos decidiram interromper o uso da droga e procurar ajuda, pois perceberam que suas vidas tinham mudado e não mais queriam isso para eles, queriam uma vida diferente da que estavam levando. O sujeito 1 falou: “eu mesmo nunca quis essa vida, nunca quis a vida que eu passei e vivi (...) Para mim foi muito triste”. E o sujeito 2 após perceber o rumo em que estava sua vida e o que ele estava fazendo consigo mesmo, resolveu se internar.

Então, os dois sujeitos, apesar de não fazerem mais uso da substância, ainda se consideram dependentes químicos. Como relatou o sujeito 1 é uma doença incurável, progressiva e fatal. Eles vêem essa mudança de atitude, como um processo que faz parte do presente da vida deles e que o amanhã não os pertence. Como diz o programa de tratamento, segundo o sujeito 1: “é só por hoje”.

Convém descrever como está sendo o tratamento para esses sujeitos, como está a vida deles hoje, sem o uso da droga. O sujeito 1 está há um ano sem fazer uso da droga, disse que isso só é possível com muita luta, perseverança e dedicação. Confessou que a vontade ainda aparece, mas ele sabe que tem o problema e então tem que ficar se controlando e, como forma de se ajudar, tem feito psicoterapia. O sujeito 2 está desde setembro do ano passado sem o uso e para ele, o esporte é uma atividade que ajuda, como afirmou: “Para se manter em sobriedade e abstinência é o esporte”. Ele contou que no momento está sem praticar atividade física, mas tem vontade de retomar.

Ao correlacionar a visão de doença proposta pela Gestalt Terapia com a dependência química, percebe-se que esta, gera a perda do contato e da comunicação do sujeito com a

realidade interna e com o outro. A função id do “self” é prejudicada, sendo assim, a pessoa não consegue sentir-se. Os entrevistados falaram de sua auto-estima, comparando-a durante o uso da droga e sem o uso.

O sujeito 1 lembrou que quando fazia o uso da droga, sua auto-estima estava praticamente a zero: “Ainda tem auto-estima, mas você deixa ela de canto, a gente diz assim, você coloca ela dentro de uma caixa ou de uma gaveta, fecha e esquece. Não quer tomar um banho, não quer trocar uma roupa”. Mas que agora ele tem vontade de estar limpo. Não muito diferente disso, o sujeito 2 também relatou que durante o uso, a auto-estima fica muito baixa, que a pessoa não tem preocupação consigo mesmo. Mas que isso mudou: “Hoje eu me preocupo todo dia em fazer minha barba, em tomar banho, antes eu não me preocupava com isso, ficava 2, 3 dias sem tomar banho”.

Outra forma de perder contato consigo e com os outros, segundo a Gestalt Terapia, é através dos mecanismos de interrupção do contato. Nota-se, através das falas dos entrevistados, que todos esses mecanismos são manifestados pelos dependentes químicos.

A introjeção é o principal mecanismo de interrupção do contato, que pode levar o indivíduo a se tornar dependente químico. O introjetor cala-se ao outro, engolindo e ao fazer isso, está se intoxicando. Quando intoxicado, ele exprime o que sente, já que sóbrio tem medo de sua agressividade e da do outro também. Ou seja, quando faz uso da droga, consegue exprimir o que sente. A pessoa introjeta, guarda, pois geralmente o indivíduo não “fala” sem a droga.

A projeção acontece quando o dependente não assume suas responsabilidades, culpa o outro por um comportamento que é dele próprio. O outro define algo que o compete ou completa. Muitas vezes, acontece quando o dependente culpa a família ou qualquer outro fator como motivo do seu uso da droga. O sujeito 1 relatou que, às vezes, o dependente culpa a família como a causadora do fenômeno, gerando assim, um sentimento de culpa no ambiente familiar.

Quando o dependente químico não consegue diferenciar-se da droga, acontece a confluência, pois ele não consegue perceber o limite entre ele e a droga, sendo assim, ele se perde no todo. Um exemplo disso está na fala do sujeito 2: “Deu sono, depende de droga, pra ficar acordado, depende de droga, seu alimento é a droga, seu amor é droga. Tudo gira em torno dela”.

O egotismo é um dos mecanismos muito usado pelo dependente químico. Ele nega o outro para impor suas próprias vontades e desejos. Notou-se essa atitude, quando o sujeito 2 falou:

“Você não se preocupa com os outros (...) A preocupação que você tem com as outras pessoas é zero, você não preocupa com ninguém e nem com os sentimentos dos outros”.

A retroflexão está relacionada com o que foi explicado na introjeção: devido ao medo que a pessoa sente em expressar o que quer, ela acaba se controlando, inibindo-se e segurando-se, para não deixar escapar nada, através de determinadas ações. A pessoa volta para dentro de si, criando uma barreira ao outro, onde este é rejeitado e desvalorizado. Uma fala do sujeito 2 retratou isso: “você não dá valor na verdade às pessoas que te valorizam de fato”.

Quando o dependente químico manipula os outros para obter o que deseja, acontece a proflexão. O sujeito 2 contou que o dependente usa a manipulação para persuadir os outros. A deflexão seria a racionalização, negação e minimização como evitação do contato por parte do dependente químico, pois este é impedido de ter a consciência plena de qualquer coisa. O sujeito 1 expôs: “Mas chega um tempo em que ele percebe que está enganando a ele próprio, ele cria uma máscara para não querer enxergar isso”. Portanto, ao negar o que está acontecendo, o dependente está defletindo. Quando o dependente procura a diminuição sensorial do corpo, não diferenciando os estímulos externos, acontece a dessensibilização.

Outro mecanismo bastante evidenciado durante toda a entrevista, foi a fixação, que acontece devido ao apego do dependente à droga e seus efeitos. O dependente se torna rígido. Nada pode existir sem a droga, ela se coloca como objeto intermediário entre ele e o outro.

Ao interromper o contato, através desses mecanismos, os sujeitos são impedidos de serem eles mesmos. Essa interrupção pode levar os sujeitos a desenvolverem a neurose, que tem como uma de suas características, a desintegração da personalidade e a falta de coordenação entre pensamento e ação.

Vale ressaltar que a desintegração da personalidade fica bem nítida apenas na dependência química, pois o “eu” e as funções do “self” estão fragilizadas, principalmente a função “ego”, portanto, há uma dificuldade do organismo em enfrentar o mundo, causando uma maior vulnerabilidade do sujeito para a droga, e conseqüentemente, a desenvolver a dependência química.

O dependente químico é sempre dominado por angústias e temores cuja qualidade e intensidade os transformam em sentimentos inteiramente insuportáveis para seu ego. A estrutura do ego do dependente é notavelmente fraca. Sob o efeito da droga, fenômeno temporário, a

sensação de fragilidade é substituída por um sentimento de consistência e força; é a ilusão de ter conseguido superar o fracasso do ego.

De acordo com as entrevistadas realizadas, os sujeitos não apresentavam nenhum sofrimento psíquico antes do uso da droga. Eles mesmos relataram que suas vidas eram “normais”, que não havia nenhum atrito em suas relações interpessoais. Mostrou-se que esse sofrimento passou a existir depois que eles desenvolveram a dependência química, visto que seus comportamentos tornaram-se rígidos e repetitivos, desencadeando a neurose.

É importante lembrar que os mecanismos de interrupção, por si só, não constituem a neurose, ou seja, o fato dos sujeitos fazerem uso dos mecanismos, não significa que eles sejam neuróticos. Mas a partir do momento que os sujeitos apresentam perturbações no funcionamento da fronteira de contato, distorcendo a realidade e impedindo a reorganização e crescimento do “self”, aí sim, a neurose está presente.

Apesar da existência da neurose na dependência química, não foi possível caracterizar o tipo de personalidade dos sujeitos entrevistados, visto que, eles apresentaram traços dos dois tipos de personalidade: fixada no contato e no retraimento.

Na seguinte fala do sujeito 1: “Sou um pouco tímido e então eu teria muita vergonha de falar com você a respeito. Não tinha controle. Hoje não. Já vejo como uma coisa normal, conversar com as pessoas, antes eu não tinha isso. Hoje para eu conversar é bom e normal”, fica claro que ele se considerava tímido perante as pessoas, ou seja, ele estava voltado para o fechamento, onde buscava a satisfação dentro de si, sendo ele a figura e os outros o fundo. Mas agora, que deixou as drogas, essa relação se inverteu: os outros passaram a ser figura e ele o fundo, portanto, ele tem um maior envolvimento com as pessoas, estando fixado na abertura.

O sujeito 2 relatou ter muita confiança nas pessoas, que costuma não desconfiar delas sem motivo, e que também gosta de estar na companhia de seus colegas e da namorada. Esse tipo de comportamento está mais tendente para a abertura, onde a pessoa se fixa no contato, não permitindo nenhuma barreira entre ela e o meio externo. Porém, pelo estudo realizado, não foi possível perceber se esse comportamento se manteve antes e/ou durante o uso da droga. Apesar de que, ao final da entrevista, foi dito pelo sujeito, que sua personalidade não sofreu grandes mudanças em função do uso da droga, que muitas atitudes mantiveram a mesma, devido ao fato, dele considerar que quando iniciou o uso, sua personalidade já estava formada.

Enfim, é de extrema importância que fique bastante claro aqui, que essas constatações de que os sujeitos têm tendências para a abertura (contato) ou para o fechamento (retraimento) não podem ser dadas como definitivas. Como dito anteriormente, o presente estudo não foi suficiente para investigar a fundo a verdadeira personalidade dos sujeitos. Portanto, essas descrições foram apenas hipóteses criadas pela autora da presente monografia.

CONCLUSÃO

Após o término deste trabalho, verifica-se que o dependente químico não pode ser considerado como qualquer pessoa que faz uso da droga. A dependência química é um fenômeno muito mais complexo, considerado como biopsicossocial, ou seja, que pode gerar na pessoa doenças orgânicas, transtornos mentais e prejuízos sociais. Ao dizer que tal substância criou dependência, significa dizer, que seu uso tornou-se constante, compulsivo e autodestruidor, é quando a droga é emparelhada com dor e sofrimento. Portanto, para ser considerada dependência, é preciso que esta seja física e psicológica. Sem esquecer que isso não ocorre necessariamente com todas as pessoas.

A problemática da dependência química não pode ser questionada levando-se em consideração um só ponto de vista. Face à influência de diversos fatores, a dependência química é um fenômeno que carece ser visto por uma perspectiva global e interativa. Há um conjunto articulado de fatores, que em interação uns com os outros, concorrem para que o indivíduo caminhe no sentido da dependência química e nele permaneça, com dificuldade razoável dela se desprender.

A herança genética, a personalidade, as interações do indivíduo com o meio social, muito especialmente com a família, proporcionam a configuração particular de cada sujeito, que o marcam e o identificam neste caminhar da dependência química. Pelas leituras feitas e pela pesquisa realizada acerca da dependência química, sobressaíram três sistemas em interação contínua: o individual, o familiar e o social.

Na verdade, não é possível observar diretamente o que se passa ou passou na vida de cada um dos sujeitos, o que interessa, é a forma como eles perceberam e sentiram o seu meio. Pelo que se pôde observar, os teóricos ainda apresentam diferentes opiniões a respeito de uma personalidade específica para os dependentes químicos. Enquanto uns afirmam que certos tipos de pessoas apresentam-se mais propensas à dependência, outros dizem que não seria correto reduzir as diferentes formas de dependência química a um modelo único de personalidade.

Para a Gestalt Terapia, o indivíduo que possui um comportamento rígido e repetitivo, que não consegue alterar sua forma de agir no mundo, torna-se neurótico. Quando a neurose é desenvolvida, a função “ego” e a função “personalidade” do *self* estão enfraquecidas. Através desse conceito, a Gestalt Terapia, possui sua visão de personalidade, através de duas tendências,

para a abertura (onde a pessoa estabelece o contato) e para o fechamento (onde a pessoa se fixa no retraimento) e esses dois tipos estão intimamente relacionados aos mecanismos de interrupção do contato, como também, com os transtornos da personalidade.

Os resultados da pesquisa realizada mostraram que os sujeitos possuem vidas diferentes, mas com processos bastante semelhantes. Sendo assim, cada qual apresenta sua personalidade particular, de acordo com a relação que estabeleceu com o meio.

De acordo com as investigações, tanto teórica quanto empírica, não se pode chegar a uma conclusão definitiva de como é a personalidade do dependente químico, sendo possível, apenas, construir hipóteses, visto que os dados obtidos não deram suporte para uma conclusão mais profunda. Portanto, com base nos sujeitos entrevistados, as personalidades apresentaram traços, tanto para fixação na abertura, para a busca do contato com o outro, sendo este figura e o indivíduo o fundo; como também para a fixação no fechamento, sendo evitado o contato com o outro, onde o sujeito busca o retraimento, sendo ele a figura e o outro o fundo, dependendo do contexto no qual ele está inserido.

Conforme a Gestalt Terapia, isto indica que o indivíduo, ao manifestar ambas as tendências, para a abertura e para o fechamento de acordo com o momento de sua vida, funciona de forma mais saudável do que neurótica. Desse modo, é possível concluir, que os sujeitos entrevistados não foram motivados a iniciar e manter o uso das drogas por conflitos intrapsíquicos, por terem baixa auto-estima e dificuldades em suas relações familiares e sociais, que são comuns nos indivíduos que manifestam algum tipo de neurose. A iniciação e a manutenção da dependência química nos sujeitos pesquisados foram causadas, principalmente, por tendências genéticas e pelas circunstâncias ambientais presentes na fase da adolescência, na qual o indivíduo é mais influenciado pelos companheiros, tem mais necessidade de ser valorizado e reconhecido pelo grupo de amigos com o qual se identifica, precisa se auto-afirmar e definir sua identidade, através da contestação dos padrões familiares e culturais e da busca por experiências novas e inusitadas.

Dessa forma, como conclusão desse trabalho, é enfatizado que o dependente químico não possui um tipo de personalidade que favorece o uso de drogas, nem vivencia conflitos emocionais ou sofrimento psíquico típico das neuroses no período em que experimentou a droga e tornou-se dependente dela. As interrupções do contato manifestadas pelos sujeitos pesquisados, não indicam um padrão neurótico de funcionamento, pois não são rígidos, intensos e repetitivos o

bastante para serem considerados patológicos, além de se manifestarem durante a dependência química com o objetivo de manter o prazer gerado pelo uso das drogas e satisfazer a compulsão produzida pela sua dependência física e psíquica em relação a elas.

APÊNDICE 1

Carta de Apresentação e Termo de Consentimento

Eu, Juliana Maluf Silva Lima de Oliveira, R.A. 2021267/3, regularmente matriculada no Centro Universitário de Brasília – UniCEUB e cursando o último ano de Psicologia, tenho como objetivo realizar uma entrevista para entender sobre o consumo de drogas, com a finalidade de obter dados para minha monografia (trabalho de conclusão do curso).

Esclareço que:

- ✓ A sua participação é voluntária, e a qualquer momento você poderá desistir da entrevista, sem prejuízo algum para a pesquisa;
- ✓ A entrevista será interrompida imediatamente se você sentir algum desconforto com a situação ou não quiser continuar;
- ✓ A entrevista será gravada e as informações fornecidas serão sigilosas e utilizadas somente para o propósito de pesquisa. Os resultados serão processados como um todo, e não haverá identificação dos participantes;
- ✓ Não há respostas certas ou erradas, boas ou más. Fique livre para responder o que quiser.

Agradeço antecipadamente a atenção que for dispensada a mim.

Atenciosamente,

Juliana

Estou ciente das condições da pesquisa descritas nesta carta de apresentação e concordo em participar como entrevistado (a).

ASSINATURA

APÊNDICE 2

Roteiro de Entrevista

Sexo: Idade: Local de nascimento: Local de residência:
Estado civil:
Filhos:
Situação matrimonial dos pais:
Com quem mora:

Questões:

- 1- Iniciação à droga (quando, que droga, em que situação)
- 2- Situação da vida ao iniciar o uso da droga, durante o uso e sem o uso: escola, trabalho, amigos, família, namorado (a) (contexto existencial: problemas, tristezas, frustrações, decepções)
- 3- Auto-estima durante o uso da droga e sem o uso (como se percebia ou se sentia em relação aos outros)
- 4- Traços de Personalidade
 - Prefere está em grupo ou com alguém especial ou só
 - Dependência / independência dos outros para tomar decisões
 - Cobrança / aceitação com os outros e consigo mesmo
 - Rigidez / flexibilidade com os valores morais
 - Emocionalidade / racionalidade
 - Controle / descontrole das emoções
 - Confiança / desconfiança em relação aos outros
 - Rotina (conhecido) / mudança (desconhecido)
 - Segurança / desafio (riscos)

APÊNDICE 3

Transcrição das Entrevistas

SUJEITO 1

Como começou o seu envolvimento com a droga? Comecei com o álcool, eu era adolescente, foi na época do colégio, quando eu passei a estudar à noite. Tinham as turmas, eu ia pros bares tomar a cervejinha e bater papo. Depois namoro, finais de semana saía para prolongar a noite. Sem saber, eu tinha um problema, que é a doença e aquilo foi mexendo com o meu estado dentro do organismo e a vontade, não a vontade, mas a necessidade de manter aquele estado que o álcool deixava. A gente no dia-a-dia observa isso. Nesse tempo era um pouco mais difícil, os amigos que tinham mais contato, mais influência, de classes mais altas, que apareciam dando a droga. Começou com a maconha, maconha é coisa simples, naquele tempo era muito fácil também e até então era uma coisa normal a droga. Não fazia mal, só deixava num estado de sonolência, um estado assim tranquilo, mas no meu caso, falando de mim, eu como tenho essa doença, eu hoje descobri isso, nesse tempo eu nem sabia disso. Mas eu sentia que o organismo pedia uma coisa mais forte, que mantivesse aquele meu estado, que naquele momento eu estava me sentindo bem. Então o álcool já não estava sendo suficiente, porque o efeito dele era momentâneo, muito rápido. E além do mais eu era novo e não agüentava beber muito, passava mal, ficava muito zozinho e ia pra casa dormir ou então ficava lá no canto e aquilo me deixava muito mal, porque eu deitava de noite, não fazia mais nada, não dava conta de nada e de repente a maconha entrou na história. Mas no primeiro momento piorou a situação, porque eu ainda novo, o organismo fraco e as duas substâncias, como se diz, dentro de mim brigando, uma querendo subir mais que a outra e ali eu não me agüentava e a cocaína apareceu, que é a verdadeira química e foi onde eu me encontrei. Porque eu bebia, dava vontade de fumar um baseado de maconha, eu fumava e começava a passar mal, ficava tonto, ficava zozinho, não conseguia enxergar as coisas direito, tinha que fechar as vistas e abrir de novo pra ver se enxergava direito. Aí quando conheci a pessoa, que foi a primeira vez que me colocou de frente com a cocaína, que eu usei ela, aí eu vi, sem perceber, isso que eu estava buscando, porque eu cheirava na época duas, três carreiras e pronto, virava a noite. Não cansava, não tinha fome e não queria dormir, podia beber à vontade. Tinha um limite, sem

saber, eu sei que tinha esse limite, mas eu acho que nunca cheguei a ele, pois eu bebia, bebia, bebia e ficava tranqüilo. E além do mais, também eu acho, que não é essa palavra, que tinha que ter o limite da bebida, é porque tinha mais droga, tinha mais cocaína. E a pessoa estava sempre por perto, então era só dar mais uma cheiradinha ou duas, que aí ela segurava, mantinha um equilíbrio entre o álcool, ela estabilizava o álcool e a maconha. Agora na hora que ia embora, que o efeito da cocaína acabava, aí que os dois subiam e eles já estavam bem misturados ali sem eu perceber, aí dava... Tanto é que eu já cheguei em casa várias vezes sem saber como, acordava, tava na cama ou no sofá e depois vinha minha família me contar o que eu tinha feito na noite e tal e a gente tem essa de não acreditar. O dependente não aceita as coisas que são faladas pra ele, então ele fala: “não fiz isso não, você está doido, você está mentindo, se eu fizesse isso eu sabia, eu lembrava”. Com o passar do tempo, ele vai descobrindo isso, porque no meu caso, não só no meu, acho que com quase todos os dependentes, começam com uma faixa etária nova e vai ficando mais velho e aumentando o consumo do uso e aí começa a ver a verdadeira história, a verdadeira imagem da coisa, do álcool e da droga, através de outras pessoas. Porque a gente costuma dizer o seguinte, que a história é a mesma, só mudam os personagens, então tudo que aconteceu na minha vida... Tenho 42 anos, em 22 anos de uso de química, cocaína e merla, a merla foi agora, digamos que tem 10 anos, mas a cocaína tem essa faixa, 22, 20 anos. E foi assim, uma coisa, como o arroz e feijão todo dia, a mesma coisa com a droga, todo dia, tava muito forte dentro de mim. Era uma compulsão e eu sou predestinado, isso vem de uma quarta geração, isso vem do meu pai, do pai dele, do pai do pai dele e do pai do pai dele. E eu fui predestinado a isso, digamos assim, eu vim com bichinho já infiltrado e aí foi onde eu comecei a acordar esse bichinho, foi com a bebida, por uma coisa assim de... na época não era nem status, hoje tem muito de bebida que é status, naquele tempo não, porque isso que estou falando é na década de 70, começo de 80, então nesse tempo não era muito desenvolvido, as coisas não tinham muita divulgação na imprensa, na televisão, no jornal, tanto que era só a gente que falava em maconha e não tinha esse negócio de um baseado, de 1 kg a pessoa ser traficante ou não ser, viciada ou não é, era muito taxada a pessoa como maconheiro, bandido, só por usar uma droga, não era classificado como doença. A Organização Mundial da Saúde veio classificar isso muito tempo depois e foi aí que as coisas começaram a mudar, mas até então eu sofri bastante com isso.

Quantos anos você tinha quando começou a usar a droga? Quando eu comecei a usar maconha, eu tinha na faixa de... eu a conheci muito antes, mas eu a usei pela primeira vez, mais

ou menos, em torno de 17, 18 anos. Não me adaptei, justamente por essa situação de misturar com o álcool, passei muito mal e não deu certo, ficou uma coisa assim... uma imagem. Mas é uma coisa que sem eu saber, tava dentro de mim, então mexeu comigo, ficou ali dentro marcado. O efeito que ela causou, é o que marcou dentro de mim, no meu organismo, que é a compulsão, eu já tinha ela ali sem saber. Então quando ela começou, se tivesse na época algum trabalho em cima disso, como esse que você está fazendo sobre as pessoas ou na área médica, até poderia ser trabalhado, mas isso era uma coisa que só a classe social rica tinha conhecimento, o pessoal que tinha estudo. Os pais que pegavam os filhos escondiam, não deixavam transparecer aquilo, colocavam outras histórias no meio e então, hoje que eu vim saber disso, hoje que eu fui entender. Fiquei 9 meses na Comunidade e descobri o problema. Ele não é o álcool ou a droga, o problema sou eu, eu me conhecer, eu saber dos meus sentimentos, das minhas emoções, ter controle sobre isso, saber dos meus limites, porque tem que ser baseado em limites, se eu não tiver consciência disso e transpassar, é igual o copo d'água, se colocar acima do nível dele, ele derrama. Então, no fundo eu fico triste de ficar sabendo disso já nesse tempo, mas como diz, enquanto há vida, há esperança. Pelo menos, eu agora tenho conhecimento e estou em tratamento, porque isso é uma... a Organização Mundial da Saúde classificou a dependência química e alcoólica como doença. É uma coisa que é verdade, ela não tem cura, é progressiva e fatal. Então o tratamento é esse, é eu buscar uma sala, é eu como agora, posso dizer que estou fazendo uma terapia com você. **Uma terapia?** Eu falando de mim, estou fazendo uma terapia. Eu também faço terapia com psicólogo, uma vez por semana vou ao HuB e é para trabalhar esse problema que tenho, essa doença do álcool e da droga. A droga causou muitos danos, além de mim, que sou um dependente, tem minha família, que é co-dependente. Eu causei muita dor e sofrimento nas pessoas também, porque o usuário dependente, ele cria diversas situações pra conseguir a quantidade para drogar, é aquele negócio, se estou com fome vou ao restaurante ou em casa mesmo e arrumo meu prato de comida, ponho na mesa e como. Com a droga é quase isso, eu sinto aquela vontade, no caso eu falando de mim que sou compulsivo, dá um negócio que eu não consigo segurar, eu tenho que fazer qualquer coisa pra arrumar, nem que seja qualquer quantidade, mas para o organismo sentir que entrou dentro de mim. Mas no psicológico eu já estou abatido, isso não me satisfaz, eu tenho que arrumar mais, sempre mais, muito mais, todo santo é pouco, pode trazer 1 grama ou 1 kg, se eu parar de usar é porque desmaiei, porque morri, é porque me internei, me internaram no hospital, eu não dei conta. Mas assim, digamos se eu

tiver uma força sobrenatural e for usar 1 kg e não me acontecer nada, eu não tenho condições de falar assim, eu não teria, hoje graças a Deus eu to em tratamento e só por hoje eu não uso. Mas há um tempo atrás eu não tinha condições de falar assim: “vou guardar esse pouco pra mais tarde ou pra amanhã”. Porque desde essa época que eu conheci a cocaína, a gente usava pra curtir, mas acontece que ela, o efeito que dava em mim era totalmente diferente do que dava nas outras pessoas, eu ficava com medo, tinha aqueles pensamentos que todo mundo tava me observando, estavam de olho em mim, sabiam que eu tava drogado, então quando eu olhava pra você, eu já tirava o olho de você, não me sentia bem e saía. Então através disso eu me refugiei, comecei a usar no meio do mato, dentro da mata, onde não tinha ninguém. **Sozinho?** É ou com um grupinho e pronto, virava a noite, fazia uma fogueira, tomava vinho, cheirando, levava violão, tocava e tal, ou então dentro de um quarto de uma casa, aquela história, droga, rock n' roll e bebida. A droga me causou várias dores, uma é minha mãe, ela é muito traumatizada com isso, porque o dependente mente muito, muito mesmo e é uma coisa que, pra quem não entende, o dependente é um viciado, ele é... ele não presta, não vou usar muitas palavras não, mas pra quem não conhece, ele não presta. No sentido de que eu te engano, peço um dinheiro pra você e invento que minha mãe tá no hospital, que minha filha tá doente, que é para comprar um gás que acabou, que é para pagar uma luz e eu não recebi esse mês no dia do pagamento, mas que vou receber três, quatro dias depois e eu te pago, lhe peço um cheque emprestado. Tem várias formas de enganação. E as pessoas confiam, acreditam, porque até então a pessoa está ali trabalhando, tem uma vida normal. Mas chega um tempo em que ele percebe que está enganando a ele próprio, ele cria uma máscara para não querer enxergar isso, porque ele tá vendo que todo mundo sabe que ele está drogando, que ele vive drogado, que ele está mentindo para conseguir dinheiro. Tanto é que eu pedia pra você, eu conseguia fácil, agora não consigo mais, eu vou em outra pessoa e ela também não dá. Eu vou num parente, no irmão, na irmã, no sobrinho, no tio, no pai, na mãe, todo mundo já se afastou, não porque não gosta da pessoa, mas pelo lado de querer ajudar e o dependente não vê isso. Ele acha é que as pessoas não valem nada, que não prestam, não gostam de mim, começa aquela história da auto piedade, que é outra máscara que o dependente usa, de dizer que é um coitadinho, que nada dá certo para ele e tal. E tudo é só armadilha que ele cria. A gente fala assim, que são as máscaras, para cada situação a gente tem uma máscara que cabe certinho para aquele momento. Então não é uma coisa que o dependente quer, eu mesmo nunca quis essa vida, nunca quis a vida que eu passei e vivi. Como eu aprendi lá e não sabia, abriu minha mente. Eu

comecei vários cursos na minha vida, mas nunca terminei, porque quando eu estava começando a gostar do curso, vinha uma vontade de usar, porque de manhãzinha pra mim, era um momento melhor para eu fumar um baseado de maconha, era onde o efeito da droga pra mim dava mais bem-estar. Então o curso era de manhã cedo “vou fumar um, só matar hoje, não tem problema não”, mas no momento que eu tava fumando um, ia me dando uma depressão “Poxa! Podia estar no curso. Fumei um baseado e agora?” Eu não tinha controle pra usar e voltar pra sala, dali eu já ia embora pra continuar o uso. E eu não sabia o porquê disso. Não sabia que aquela doença estava cada dia mais forte dentro de mim, cada dia mais me dominando, cada dia mais estava me tornando incontrolado sem saber e minha vida tava descontrolando, justamente por causa disso. E mãe, filhos, todo mundo, a gente larga o nosso dia-a-dia dentro de casa, os afazeres, as obrigações, tudo pela droga, ela não deixa a gente fazer mais nada. Chega um certo tempo que é o mais triste, porque a família da gente gosta muito, mas ela não tem o conhecimento do que é um dependente e então ela taxa ele como um drogado, um viciado, uma pessoa sem-vergonha, mau caráter. E o dependente precisa muito da ajuda familiar, que é um alicerce dele. Se ele busca um tratamento e vê que a família tá ali por fora, continuando na mesma situação, não acreditando, não mostrando uma força, não dando uma palavra de amor, sem querer, o dependente usa aquilo como desculpa pra voltar a usar. Porque quando ele volta a usar, que é a fraqueza que ele tem, ele precisava de um pontinho de apoio da família pra fortalecer mais ainda, aí ela não ajuda: “meu pai fala isso, minha mãe fala aquilo, aí só de raiva eu também vou beber umas”. Então é uma fraqueza que ele não sabe ou não quer admitir, assumir e depois pra própria família ele usa como desculpa, colocando a família como culpada daquilo. A família não entende nada, muitos pensam até que tem culpa mesmo, da forma que eu expressei aquilo ali, ela até acredita que foi culpada mesmo e aquilo a machuca e deixa traumas, deixa sentimento de culpa, ressentimento no caso, e isso fica pelo resto da vida, fica sempre lembrando. A partir do momento que o dependente busca por ele próprio uma saída, depois que já passou por várias situações na vida, como cadeia, acidentes, internações, perda de emprego, famílias que se separam, se acabam por causa dele ou da situação, aí a gente fala assim, “cai a ficha”, no nosso meio a gente costuma falar isso. A gente tem em mente que é um poder superior a nós que está sempre junto, a partir do momento que eu quero. Enquanto eu quero usar, eu to indo, passo a perceber que isso está me fazendo mal e como não consigo me controlar, deu a vontade de usar, eu sei que ela está ali, mas porque tenho que usar e não consigo? É uma força maior. Eu sou religioso, sou católico, creio em Deus e peço à

Ele: “me dê forças Senhor, eu sei o que vai me causar isso aí, é só um pouquinho, mas esse pouquinho vai me fazer mal, eu não posso, me dê forças, eu sou fraco, não agüento”, acabo indo usar e vejo o turbilhão de problemas que eu criei. E um tempo depois de tanto sofrimento, que de tanto eu pedir, vai até um ponto que a coisa é muito verdadeira, como foi no meu caso e aí a luz se ascende no caminho e eu sigo, foi o que eu fiz. A partir desse momento eu to de coração buscando, me encontrei, eu consegui o que eu tanto pedia à Deus. Muita gente é descrente, então coloca qualquer coisa como o poder superior, tem gente que fala que é o sol, lua, mas aquilo é algum simbólico, é algo mais forte, que vou pensar e irá me dá força para eu reagir. Eu creio em Deus e a partir do momento que eu vi isso, esse caminho eu segui. Lá dentro quando eu estive internado, conheci a respeito do que é a doença, fiquei sabendo que é uma doença progressiva, fatal e que tem tratamento e depende de mim. Como eu já dei o primeiro passo, eu passei a conhecer mais 11, que é um trabalho voltado em cima de 12 passos, e o primeiro sem querer eu dei e passei a conhecer e aí comecei a trabalhar os outros 11. Acontece um seguinte, que a família está aqui nas reuniões, vindo toda semana, indo na fazenda todo mês fazer a visita, tem a confraternização com os familiares, é uma coisa bonita, é uma forma de readquirir auto-estima, a sensibilidade em geral e o amor. Mas não é tão fácil assim. Não é só isso que voltará a ser tudo mil maravilhas, que sua vida irá voltar ao zero, claro que começa do zero, mas isso é a custa de muita luta, perseverança, trabalho, é dedicar mesmo. Eu já conheço o programa e sei que se eu sair de casa para ir à reunião, mas saio de casa e desvio o caminho para o bar para tomar uma que dá vontade, não, nem dá vontade, para me encorajar pelo meu erro que eu já to cometendo, desde a hora que eu falei que ia sair, mas com o pensamento em fazer o uso da substância, a bebida vai me tirar do meu normal, então eu vou me auto-enganar, é uma máscara que vou colocar. Mas aquilo não é sua auto-estima. **Quando você fala em auto-estima, como você se percebe agora?** Agora tenho vontade de me vestir, de me manter limpo. Na hora que a gente tá usando, a gente não tem percepção das coisas. Você percebe que está faltando droga. Você percebe que se você for ali, tem alguma coisa que tem valor, que a pessoa quer que vai te dar condições de conseguir a droga. A sua auto-estima tá praticamente a zero, quando você está em uso. Ainda tem auto-estima, mas você deixa ela de canto, a gente diz assim, você coloca ela dentro de uma caixa ou de uma gaveta, fecha e esquece. Não quer tomar um banho, não quer trocar uma roupa. O meio que você passa a viver, não digo todos, mas na maioria das vezes chega a isso. A pessoa se vê num meio tão sujo, que não percebe sujeira, nem mal cheiro das coisas, então a droga domina. E como

você está dominado, não tem forças para fazer ao contrário. O dependente age por interesse, se alguém te pede um favor você faz, só se a pessoa for te dar algum dinheiro, se não você inventa que não pode, porque tudo é voltado para droga, o tempo é voltado para droga. Tem pessoas que deixam de dormir para usar a droga ou pelo efeito dela. Essas pessoas que deixam de dormir para usar a droga, é porque elas não querem ver nenhum segundo, a consciência no lugar, limpa, pra poder ter percepção das coisas, ter consciência do que tá fazendo. Porque quando o usuário está no uso contínuo, se ele para de usar, o efeito dela não pára no organismo, demora mais tempo, a gente não percebe, não sabe, mas ela tá ali funcionando, mas a gente tem condições de pensar mais, de se olhar e isso dói. Então tem pessoas que não dormem, para quando acordar, até o momento de conseguir a droga ou o álcool, você tem que pensar isso tudo. Eu acredito que muitas pessoas chegam até ao suicídio pela depressão do uso. Eu tenho uma depressão... **Agora ou quando você usava a droga?** Quando eu usava. Hoje eu faço um trabalho com o psicólogo e ele me abriu a mente para isso. Quando eu usava tinha depressão, porque eu não tinha essa força para sair, eu chegava a sumir trinta dias de casa. Tenho essas duas crianças que eu mencionei que estou com elas, eu deixava sozinhas dentro de casa, não os trinta dias, nem um dia, mas o espaço da minha mãe sair para igreja e voltar. Eu já tinha chegado ao cúmulo de tanto mentir que minha mãe não acreditava mais. Quando eu falava: “mãe, eu vou aqui rapidinho”. Ela dizia: “não, se você sair, eu saio também, olha os meninos”. Eu fui ameaçado de chamarem a polícia. Não que eu não acreditei e nem dei tanta importância, tava tranquilo, mas chegou ao ponto de me denunciarem para o Conselho Tutelar. Mas foi um bem em cima do mal. O mal veio para o bem, no caso, porque foi mais uma coisa, que me aconteceu pra eu colocar dentro da minha consciência, pois isso estava me faltando. Tem pessoas que não tem condições de chegar a um ponto desses. Já aconteceu de chegar em um conhecido que tem uma mercearia e pedir um emprego e a pessoa inventar um monte de desculpas, porque já conhece minha vida e fala que não dá. O pensamento do dependente é o uso da droga e a pessoa morre por diversas maneiras no mundo da droga, desde o uso até o que ele faz para conseguir ela. Ele rouba também, a pessoa quer beber e não tem dinheiro, entra no mercado com a desculpa que tá olhando o preço das coisas, pega uma garrafa de bebida, coloca embaixo do braço e sai. Sem perceber que todo mundo sabe que é um alcoólatra, um pinguço, um bêbado, pois quando ele entra já entra fedendo a cachaça. **Antes de começar o seu uso com a droga, como eram as suas relações na vida, com a família, amigos, trabalho?** Normal. Eu era adolescente, tinha quinze anos, dezesseis, uma

vida normal, em 77 Brasília não era assim, desse tamanho. Minha relação com a família e os amigos era ótima, vida normal. Trabalhando, ajudando minha mãe onde ela trabalhava, ia pro colégio de manhã. Apesar de que tinha alguns fatores que não sei se são normais na adolescência. **Quais fatores eram esses?** Matar aula pra ficar com os colegas, fugir do colégio no intervalo para coisas bobas, como jogar futebol, muitas coisas que eu penso que tem relação já com esse problema que foi desenvolvido. Agora depois, na fase da adolescência para adulto, aí ela foi gradativa, foram aumentando as conseqüências. A coisa que estava dentro do organismo, já estava mais forte, então para beber, tinha que ser duas, três vezes a mais, mas como eu já conhecia a droga, eu não pensava tanto em beber. Beber era o último plano, primeiro era usar a droga, que era mais importante, porque no meio da turma era status, tinha um certo poder quem tinha uma droga, tinha um destaque maior, tanto para o lado masculino como para o feminino. Então, eu tive esse problema na adolescência e para mim hoje, que eu conheço e sei o que é isso, para mim foi muito triste, não foi, é muito triste, mas tenho que aceitar, porque não foi uma coisa que eu quis, é uma coisa que estava dentro de mim, que eu não conhecia, não sabia e o mundo não oferecia ajuda em relação a isso, então quase que eu não tinha conhecimento nenhum. **Hoje você está quanto tempo sem o uso?** Um ano. Eu saí da Comunidade em maio de 2005, aí em novembro eu tive uma recaída. Lá a gente passa a conhecer vários tipos de recaídas, todos eles são ardilosos. Uns são a gente mesmo que procura. Eu já sei meu problema, já sei a minha doença, sei que não posso com álcool e droga, então pra que vou beber, conviver e ter relacionamento com as pessoas que usam? Pra que vou passar toda hora na frente de um bar? Hoje eu seguro, amanhã eu seguro e um dia eu falo que só um e pronto. Mas eu sei que só um é o meu problema todo. É um que vai acabar com minha vida, então tenho que sair disso tudo e tem a mulher. Existe a atração homem e mulher, um foi criado para o outro e tem as mulheres que usam. No meu caso aconteceu assim, eu tava parado, sem usar, firme, freqüentando a igreja, que é o ponto principal, ao meu ver, para mim, uma força maior é Deus, o espiritualismo, nem tanto a igreja. E um colega, me apresentou uma moça, mas uma usuária, dentro do bar e eu já pensei: “meu Deus, será que é hoje que eu vou recair?” Era aquele dia, eu tentei sair duas vezes, mas de todos os lados que eu saí, a mulher se sobressaiu. Com todo respeito, vários fatores envolvem que a mulher entra no meio e tem hora que o homem não sai dela. Então cresceu mais essa vontade do lado carnal. Mas foi assim quinze dias de uso e eu abri a mente e se eu usar hoje é usando e pensando o que eu fiz da minha vida. Aí fiquei 17 dias sem ir em casa, com 15 dias eu parei e

mais dois para poder voltar com o raciocínio lógico e ficar “limpo” para dar coragem de olhar e encarar as pessoas, no caso minha família. E aí eu voltei para dentro de casa, foi com dificuldade, porque a família tem os traumas, ficou um clima ruim. Hoje não, porque já está superado, minha mãe está vendo que estou firme novamente, estou caminhando direito, não está tendo mais aquele medo, aquela insegurança. Mas lá dentro tem, eu sei que tem. É uma coisa que não vai sair nunca, como eu nunca vou me curar, a mesma coisa é o co-dependente. Sempre que eu falo que vou à algum lugar, é a primeira coisa que vem: “será que ele está dando desculpa para usar?” Aí vem o medo e a insegurança, se não vai mesmo voltar a usar ou se vai. E até a pessoa voltar a vida normal, já mexeu com o emocional da pessoa, ele cria a doença também. **O co-dependente?** É. O co-dependente tem a doença do emocional, do psicológico, mas também tem a doença física, tem pessoas que não se alimentam mais e tem pessoas que passam a tomar remédio para ter controle em cima disso. Eu tenho certeza que a droga é uma coisa que ninguém quer, ela aparece rastejando e sem querer a gente cria curiosidade e pega do chão e depois para sair, para jogar aquilo fora e tirar da gente é muito difícil, para não dizer impossível. Dizem que não tem nada impossível no mundo, mas tem. Eu acredito que tem. Eu já frequentei o AA um tempo e na reunião uma vez, ia ter um aniversário de um colega de dez anos de sobriedade e quando fomos cantar os parabéns e entregar a ficha, cadê o companheiro? Ninguém criou dúvida ou suspeita, ficamos na expectativa que ele estava chegando e pensamos que a família estaria com ele, feliz e tal. Depois liga a mulher pedindo ajuda, que ele tinha recaído. É muito complicado, tem pessoas com mais de dez anos de sobriedade que recaem. Lá na fazenda tinha um coordenador que falava: “você nunca toma o chá de já to bom”, porque na hora que você começa a falar que já está bom, é uma recaída. O tempo não é patente, todo dia você tem que trabalhar o jeito que você está vivendo, por isso que o programa diz: “só por hoje”, porque o amanhã não me pertence. Só me pertence o hoje. Hoje eu sei o problema que me causa a usar a droga, eu vou beber? Então não posso. Eu quero, está bem em mim aquela vontade, porque é uma coisa assim, até esquisita de falar, não sei te dizer como é isso, mas eu tenho aquela vontade, mas eu tenho que saber que não posso. Estou bom aqui, as pessoas me vêem feliz em casa, no dia-a-dia normal. Tem a enganação do próprio dependente, ele usa como desculpa tudo para beber, por exemplo: “Ah! Meu time ganhou vou tomar uma, vou tomar outra porque ele vai ganhar, ah, perdeu, vou tomar outra agora de raiva”, tem aniversário, casamento, tem várias coisas que acontecem e ele está dando desculpa para ele mesmo, não é para o outro, ele está se auto-enganando. No fim ele acaba assumindo a

verdade da coisa, que ele queria era beber. O dependente não fica só em uma. Tem pessoas que conseguem tomar uma, ir para casa almoçar, jantar, tomar um banho, deitar, dormir e voltar a trabalhar no outro dia. Eu mesmo, de jeito nenhum. Tem pessoas que a coisa é tão complicada, que nem passar um perfume que contenha álcool, pode passar, mexe com o psicológico. A mente da gente que faz funcionar o corpo todo, que coordena todas as vontades, então, só deu saber que tenho problema com o álcool e passei o álcool no corpo, meu corpo absorveu aquilo lá e quase que eu bebi também, aí pronto, o cérebro envia uma mensagem e agora como que fica? Agora você pode tomar uma, você já usou mesmo. Fraqueza psicológica, fraqueza de pensamento, fraqueza de tudo. **Para finalizar, eu gostaria de saber qual é a sua preferência no que se refere à companhia. Com quem você gosta de estar?** Minha preferência hoje em dia é estar com meus filhos, porque eu menti muito para mim mesmo, que eu não podia ir para fazenda para não deixar meus filhos sozinhos, quer dizer, eu estava me enganando com isso. Agora hoje, eu tenho consciência do que eu falava, só que eu não tinha condições de trabalhar isso, só que hoje eu tenho. Mas a vida ainda é a mesma, cheia de dificuldades e eu só parei de usar, eu tenho que ter uma transformação de vida também, tenho que trabalhar isso. Eu ainda sou muito nervoso, tenho ansiedade e isso atrapalha muito. Eu não trabalhei meus defeitos de caráter, o dependente tem muitos defeitos de caráter. **Como você se vê, além de ser nervoso e ansioso?** Eu vejo os meus defeitos de caráter na minha frente: a prepotência, o orgulho e isso mexe, eu tenho consciência disso. Uma coisa para você ter idéia, eu não queria estar aqui agora, vamos dizer assim, eu vim meio forçado e meio querendo, eu queria estar lá dentro, pela minha vontade eu estava era lá dentro, mas por outro lado, para ajudar no seu trabalho e já olhando por aquele outro lado que eu falei, também está me ajudando, então vem um pouco de prepotência e de orgulho, por que não querer vir? Eu vim para buscar uma ajuda, porque a reunião no Grupo ali é buscar ajuda, da mesma forma que você está fazendo essas perguntas, eu desabafando e fazendo isso, estou me ajudando também e me conhecendo mais. Estou tirando muita coisa dentro de mim que é ruim e como a gente diz, eu to falando e o primeiro a escutar sou eu. Agora pedindo desculpa, isso é coisa que a gente tem que são determinadas, é porque o dependente tem um ímpeto, que é ruim. Depois que ele vai analisar toda a coisa, aí ele vai vê os prós, deixa os contra de lado e vê os prós, as coisas a favor, as coisas boas. Também não são todos, eu falo assim de mim dessa forma para poder dar o exemplo, por causa da vida que eu levei. Foi uma vida muito difícil e turbulenta, eu tinha que ser meio ruim e duro, porque se não, pela vida que eu levei, as pessoas

até me matavam mesmo e eu nem tava por aqui e eu não consegui trabalhar isso até hoje, a humildade. Tem hora que eu tenho humildade que até eu me espanto, mas tem hora que eu não sei o porque que eu já me torno uma pessoa agressiva na palavra. **Para tomar uma decisão na sua vida, seja ela qual for, você costuma agir pela emoção?** Normalmente é mais pelo ímpeto, justamente por essa coisa da emoção, eu não tenho controle das minhas emoções. Eu sei que o que me falta é só isso. Tem horas, que pela minha vida que eu levei, tenho que ser ruim. Eu tinha que tomar decisão de imediato, não dava muito tempo para pensar, e então, você fica descontrolado emocionalmente. E hoje isso está forte dentro de mim, eu ainda não tenho esse controle e preciso trabalhar isso. A coisa é tão assim forte, que eu tenho comigo, que eu nunca me arrependo das coisas que eu fiz ou falei, mas lá no fundo, vem um pensamento em cima disso e é uma forma de arrependimento, mas só comigo, eu procuro não mostrar isso para os outros, é um orgulho. Mas eu não consegui controlar a emoção na hora, em cima da decisão. **Você se considera uma pessoa sem cobranças, flexível?** Em quase todas essas perguntas que você fez, eu queria falar isso, não sei porque eu falei mais direto, mas varia dos momentos, varia das pessoas para eu ter aceitação. **Mas e com você mesmo?** Eu sou brando e flexível. Eu tenho aceitação, hoje. Antes eu me remoía demais, com o porquê disso tudo, por eu não ter condições e capacidade para mudar. Mas hoje eu conheço um pouco em cima, então, não era uma coisa que eu queria, por que eu ficar me culpando? Eu com 17 anos, eu não queria beber, se soubesse que eu tinha essa doença dentro de mim, porque eu bebia pelo prazer, pra ficar com as pessoas que eu gostava. Fumei cigarro dos 12 aos 18 anos e parei de fumar, porque eu tive a percepção que o cigarro estava me matando, mas foi um sofrimento para parar. Voltava, parava, voltava, parava. Mas hoje eu reconheço o que eu tenho, qual o problema que está em mim, é uma doença, e ela já estava predestinada. E eu não me cobro muito, aceito a situação. **Em relação às experiências novas, você gosta do que é desconhecido, de riscos e desafios?** Não, eu gosto do normal, do que eu conheço, porque eu sei trabalhar em cima deles. Quando eu corria risco era por causa da droga. Fora do contexto da droga, prefiro trabalhar em cima do que conheço. Já sei que por ali, daquela forma... Agora fora isso, se você falar que algo é arriscado, é desconhecido, está relacionado a uma vida passada e eu não posso me colocar à prova, estaria caminhando para uma recaída. **Hoje você prefere assim. Mas antes, quando você usava droga, também pensava dessa maneira?** Nada. Antes eu corria todos os riscos em função da droga, não tinha controle. Tudo que eu fazia era para usar a droga, consegui valores ou objetos que acabavam se

transformando em droga. E hoje não. Hoje consigo ter um dinheiro dentro do bolso e não ter preocupação com esse dinheiro, saber que não vai ficar na minha cabeça martelando: “dá uma quantidade, dá uma certa dose, dá isso, dá aquilo”. Não. Hoje posso separar meu dinheiro para minhas necessidades e as necessidades que preciso para cuidar dos meus filhos. **Como você lida com as suas emoções? Consegue ter controle delas?** É descontrolada e percebo que tenho que me convencer disso, para ao menos, tentar controlar. Um fato aqui é esse, eu estar conversando com você sobre isso. No passado eu não tinha controle emocional. Sou um pouco tímido e então eu teria muita vergonha de falar com você a respeito. Não tinha controle. Hoje não. Já vejo como uma coisa normal, conversar com as pessoas, antes eu não tinha isso. Hoje para eu conversar é bom e normal. Então, dentro desse fator de controlar as emoções, pra mim, me vejo tendo condições de controlar uma parte das minhas emoções, em relação a isso. Outras, eu acredito, que não tenho tanta, no caso de lidar com criança. Eu sou sozinho com meus filhos, me separei em 2001 e a mãe deles faleceu no ano passado, então eu que vivo com eles, eu que os crio, faço as duas partes, de pai e mãe. Então, fico muito sobrecarregado. Dentro dessa minha situação de vida do passado, que eu não queria, estou começando a mudá-la, mas ela não muda... tem hora que os meninos tão “pintando o sete” e estou nem aí, mas tem hora que uma coisinha só, já solto mesmo e chega os meninos ficam assustado. **Para tomar decisões na sua vida, você depende dos outros?** Eu me considero independente para isso, não deixo que os outros decidam as coisas por mim, eu mesmo tomo as decisões sozinho. Até mesmo em relação aos meus filhos, eu sou o pai e eu que crio. Então não deixo ninguém se meter. Teve uma vez que eu até briguei com minha irmã por causa disso. Só porque ela estava me ajudando financeiramente, quando precisei, ela queria se meter nas coisas que eu fazia. Tudo bem que ela me ajudou, mas eu tenho capacidade para saber o que é melhor para os meus filhos. Eu não preciso da opinião do outro. Em relação aos meus filhos eu me considero rígido, justamente para não errar com eles. E comigo também, sou muito desorganizado, então nesse aspecto eu tento ser rígido, até mesmo para não errar comigo.

SUJEITO 2

Como começou o seu uso de drogas? Comecei a usar droga eu tinha mais ou menos em torno de 15 anos. A primeira droga que eu experimentei foi cigarro. Eu tinha uma namorada que fumava e ela me pedia para eu ascender o cigarro para ela. Eu naquela época lutava judô desde garotinho e jogava futebol, então não tinha vícios nenhum, não gostava de cigarro. Mas sabe aquela paixão

de adolescente pra fumar? Ela me dava cigarro pra ascender, nesse ascende cigarro, eu comecei com o cigarro. Ela bebia, era filha de deputado e os pais só viviam viajando, ela às vezes, ficava sozinha. Aí tomava cervejinha, vinho, Martini e então comecei assim, por acaso. Ao longo do tempo, depois que me casei, que comecei realmente a usar mais forte, por causa de família, do meio. Na minha família ninguém bebe, ninguém fuma, todos eles são evangélicos, mas a família dela é uma família muito farrista, nordestina, que gosta de churrasco, todo final de semana tá todo mundo junto, eu tocava violão, essas coisas. Aí nessa brincadeira comecei a beber minha cervejinha e começou a virar constante, final de semana era sagrado, sábado e domingo era dia da cerveja e a coisa foi evoluindo dessa forma. A mulher que me casei não tinha nenhum vício, nunca fumou e bebia muito raramente, de vez em quando, mesmo em festa ela às vezes não bebia. Mas até no final, ela já tava bebendo mais que o normal, de vez em quando tomava uns “porres” junto comigo, fazia umas “doideiras”, com raiva, porque eu ficava “doidão” e ela não. Então ela passou a fazer isso, eu tinha até medo, mas ela nunca teve tendência para dependência. Mas não foi por ela que eu comecei não, foi com essa coisa de brincadeira mesmo. A maconha, por exemplo, eu comecei a usar porque eu fui morar sozinho e onde eu fui morar era uma república, eu tinha uns 16, 17 anos, sei lá e todos os colegas naquela época que moravam na república, nós éramos cinco, os outros quatro, eram usuários de maconha regularmente e de álcool. E nessa de experimentar, dava uma “onda” legal, porque a droga é legal, dava um prazer legal. Então foi lá que eu comecei a fazer o uso, primeiro com eles, depois sozinho, mas nunca me aprisionei na maconha, tanto é que eu passei muitos anos da minha vida sem usar maconha.

Não se aprisionou... Não me aprisionei, porque quando você se torna dependente, você fica preso, você é um escravo da droga. E eu conseguia “tocar” minha vida normal, a maconha nunca me interferiu. Agora do álcool, desde que eu comecei, nunca fiquei sem. Durante muito tempo da minha vida era só final de semana, aí depois eu passei para sexta-feira. Era só cerveja, eu não fazia uso de nenhum destilado. Mas aí depois, eu tava tomando conhaque, whisky, até porque a cerveja já não me dava mais o efeito que eu gostaria que desse, faltava um pouco mais. Eu queria coisa mais forte, aí tomava um destilado, aí já começa. Um só também, depois de um certo tempo já é pouco, eu precisava de umas duas doses de conhaque para dar o efeito. Na época, por exemplo, quando eu tava com uma condição financeira legal, eu tomava whisky e tal. Teve um período da minha vida, que eu estive pior, foi quando comecei a ter problemas, por exemplo, perdi um emprego, acho que na minha “doideira”. Cheguei no emprego um dia e pedi demissão.

Eu trabalhava há alguns anos na Infraero, no aeroporto. Teve um dia que eu cheguei lá com ressaca, tava “doidão”, o superintendente veio falar alguma coisa comigo, mandei ele para aquele lugar e cismeí que tinha que sair da empresa e pedi demissão. Aí tive uma queda, passei um tempo desempregado e nesse meio tempo eu não tinha dinheiro para tomar whisky, só para tomar cachaça, eu queria era ficar “doidão”, ou seja, para mim a coisa tinha que ter um efeito, não importa o que fosse, podia ser cachaça, qualquer coisa e tal. O uso foi em detrimento do momento que eu estava vivendo, eu estava mal e aquilo me controlava. Mas na verdade, já tinha um vínculo muito forte e fui deixando essa coisa crescer. Aí arrumei outro emprego e trabalhava, até então eu só fazia isso, só a noite que eu bebia, mas aí comecei a beber na hora do almoço. Com o emprego, dei uma estabilizada, mas quando chegava o final da tarde eu ficava louco pra acabar o expediente. Eu trabalhava, nessa época, como vendedor e ficava louco pra terminar de atender meus clientes pra correr pro bar. Aí eu já bebia dia de semana, de segunda a segunda, eu não parava mais. Aí ao longo do tempo foi me prejudicando e acabei também perdendo esse emprego por isso. Porque eu não cumpria meus compromissos, ia pro bar na hora do almoço beber e tinha um monte de cliente para eu visitar a tarde, eu pensava “como vou chegar no cliente ‘doidão’, com bafo de cachaça” e então não ia para não me prejudicar. Mas aí começaram as reclamações na empresa e fui me justificando: passei mal, tive um problema, meu carro quebrou. Depois já não tinha mais explicação para isso e na verdade era o álcool que não me deixava ir. E então perdi o emprego. Mas logo em seguida consegui arrumar outro trabalho bom e dei uma diminuída no álcool e consegui me controlar. Mas a coisa não estava muito boa ainda não. Eu não usava e por não usar, me causava ansiedade e ela me dava sentimento de raiva e ficava agressivo. Teve um momento que eu comecei a ter problema de relacionamento com minha família. E coincidiu exatamente nessa época que minha filha engravidou, isso não é coisa antiga. Essa coisa seria assim, surgiu de uns 10 anos pra cá, que essa coisa ficou mais forte. Até então eu era tranquilo, as pessoas falavam que eu era um cara equilibrado, ia pras festas e churrascos e não saía “balão”, “doidão”, eu bebia, mas segurava minha “onda”, chegava no ponto e conseguia administrar, eu parava. Mas aí depois desse tempo eu não tinha mais controle, perdi o controle.

Foi depois que você soube que sua filha estava grávida? Foi nesse período que eu comecei a beber demais. E hoje eu sinto, olhando pelo “retrovisor”, que a partir desse período eu comecei a ter desentendimento com minha mulher, problema de relacionamento, a gente já não dormia junto. E tudo isso foi agravando. Meu relacionamento com minha filha mais velha não era o

mesmo, ficamos um ano sem se falar. Foi quando eu vi que estava me prejudicando, perdi o emprego e estava vivendo só daquilo que eu tinha recebido. Então, em acordo com minha mulher e meus filhos, eu resolvi me internar, porque tentei parar e não consegui. Eu dizia: “amanhã não vou beber, vou tomar só essa aqui e pronto”. Mas quando chegava no final da tarde, eu não agüentava, eu “quebrava”. Aí nesse meio tempo, eu cheirava também, usava pó. Não era muito, mas uma coisa chamava a outra, quando eu bebia muito, eu precisava da cocaína, porque ela me mantinha alerta, fazia com que eu bebesse mais. A cocaína tem essa jogada. **Então você bebia mais...** É, porque quando você bebe fica meio depressivo, o álcool te deixa assim, chega um certo ponto que você começa a cair, aí quando começava a me dar essa “lombra”, eu cheirava, que era um excitante e ficava “ligadão”. Aí podia vir álcool à vontade, porque eu tinha mais tolerância pro álcool. Quando eu cheirava, eu ficava travado, a cocaína te trava, aí você tem que por um pouco de álcool pra abaixar. Então todo mundo que usa cocaína, usa álcool junto, porque um está sempre equilibrando o outro, um está sempre colado no outro. Isso é pra quem usa cocaína. Agora quem usa só o álcool e nunca descobriu a cocaína não tem problema nenhum. Mas quem usa o álcool e descobriu a cocaína, o prazer que ela te proporciona... A “lombra” e a “doideira” que vai te dá é um negócio maluco. É tudo muito prazeroso, com o efeito da cocaína, tudo fica dez vezes mais gostoso. Na relação sexual, por exemplo, o orgasmo que você vai ter é dez vezes mais gostoso com a cocaína. Quer dizer, qualquer droga excitante te proporciona esse prazer, ele parece que é exacerbado, ele é aumentado, você encontra prazer em tudo que vai fazer. As coisas que nos proporcionam prazer normalmente, mas a gente não sabe explorar, temos tudo isso aqui dentro e muito mais do que as drogas podem proporcionar, mas que a gente tem e não sabemos usar. Aí parei com tudo... **E quando começou seu uso da cocaína?** Deve ter sido lá pelos 30 anos, mais ou menos. Eu usava junto com o álcool, mas esporadicamente. Ela não era de preferência. Depois desse tempo que elas se “casaram”, passei a usar o álcool e a cocaína juntos. Antes era só o álcool mesmo. Aí me internei durante seis meses e parei de usar tudo. Voltei de lá numa boa, conseguia me segurar, não usava nada, não me passava pela cabeça, eu tinha isso de que nunca mais iria usar. Aí veio o problema com a mulher. No tempo que eu fiquei internado, ela fez algumas descobertas na vida dela e eu também de “cara” para lidar com ela, o convívio começou a ficar diferente, esquisito. Acho que ela não soube e nem eu, não soubemos lidar com essa situação. Eu cobrava muito dela, era uma cobrança muito grande, por exemplo, eu não tinha ciúmes dela, mas aí comecei a ver ela fazendo certas coisas, que me despertou um ciúmes

danado. E eu tinha dificuldade muito grande de lidar com a falta de droga, sentia um vazio. Existe uma carência muito grande. **Até então você não tinha percebido?** Não tinha, porque a droga supria isso. O cara que usa muita droga quer a mulher do lado dele, só para ela estar ali, mas ela não é a coisa mais importante. Ele larga a mulher pra ir atrás da droga. A droga fica sempre em primeiro lugar. E quando voltei da internação, descobri que minha mulher era a coisa mais importante que eu tinha, que eu a amava. E nunca tinha parado pra observar o quanto eu gostava dela. E aquilo começou a incomodar a minha mulher, pois ela achava que eu estava a sufocando. Eu comecei a inverter tudo, a substituir. E percebi que ela tinha mudado também, estava vivendo de uma outra forma. Até que eu descobri que ela estava me traindo e então, fraquejei, não consegui segurar minha “onda” e tive que beber. Sabe quando você não se agüenta e pensa que vai explodir? Quis matar ela (olha a “doideira”), mas pensei e achei melhor tomar alguma coisa e me matar (olha só a “doideira”). Fui pro bar, enchi a cara de vodka, cheirei muito, estava mais louco do que nunca, arrumei a maior encrenca e briguei com todo mundo, só não consegui bater nela, matar, não consegui fazer nada com ela. Até para minha filha sobrou, consegui desmaiar ela, tadinha. Vou te contar: minha mulher tinha saído para ir ao churrasco na casa do irmão dela, com minhas duas filhas, uma com o marido e a outra com o namorado. Eu fiquei sozinho em casa, pintando pra minha mulher, pois ela tinha me pedido um painel pra colocar atrás da nossa cama, ela pediu uma paisagem. Fiz artes plásticas, eu pintava, tem muito tempo que não pinto, abandonei, ainda tenho vontade de retomar, pois tem muitas coisas que ainda gosto de fazer, por exemplo, eu sou músico e foi uma das coisas que me levou ao uso de drogas, pois eu tocava na noite. Quando estava desempregado, eu ganhava minha grana de noite, ganhava meu dinheiro nos barzinhos aí da vida. **Tocar na noite, te levou ao uso de drogas?** Porque na noite você bebe muito, até por causa da garganta, da voz é preciso. Eu que já era usuário, agravou, porque você tem que fazer isso todo dia e vira um hábito. Claro que não foi só isso que me conduziu para as drogas, tinham outros aspectos. É que você tem que somar, dificilmente você vai achar um fato isolado que leve alguém ao consumo de drogas, é um monte de coisas, as causas são variadas. Alguns casos você vai encontrar que foi um motivo só, que não tem mais nada, por exemplo: o cara que teve uma decepção muito grande na vida. Mas normalmente é uma somatória, um conjunto de fatores. Aí nesse dia que eu não consegui realizar meu intento, eu peguei a arma e coloquei dentro do bar, eu tinha só o bar na minha casa, não tinha mais garrafa e nada, ela tinha se encarregado de acabar com isso, enquanto eu estava

internado. Coloquei a arma no bar e fiquei esperando ela chegar. Eu estava procurando um lápis e como ela trabalha com educação, imaginei que na bolsa dela teria, então comecei a revirar, eu não mexia na bolsa dela. Então achei uma carta. Eu não usava mais preservativo com ela e a bolsa dela estava cheia de preservativos. Sou vasectomizado. Achei extremamente suspeito e aquilo me aguçou. Ela deixou o celular, encontrei recado nele e quem procura acha. Pra mim aquilo tudo foi o bastante para eu determinar e pensar: “isso está acontecendo e ela vai ter que se explicar”. Minha intenção era só de deixar ela falar. Mas quando ela chegou, veio com aquele monte de gente, o irmão dela, o sobrinho e tal. Na discussão sobrou “porrada” pra todo mundo, quebrou tudo. Imagina eu, “doidão”, cheio de cocaína, o que isso dá? **Depois de internado, foi aí que você voltou a usar droga?** Foi. Quebrei tudo e todo mundo. Só não consegui achar minha arma, que na “doideira” eu nem me lembrei de arma. Virou pancadaria, porque quando eu fui falar com ela, eu me exaltei e meu filho se meteu e me deu um empurrão. Aí eu dei um “bulachão”. O irmão dela veio pra cima de mim e a “porrada” comeu, veio o marido da outra e o namorado da outra e a pancadaria começou. Sei que nós quebramos tudo e no final terminei preso. Foi uma situação muito traumática. E daí pra frente, comecei a usar droga da onde eu tinha parado. Não trabalhava e não fazia mais nada. Tudo que eu tinha conquistado nesse período, eu vendi tudo e gastei muita grana: foram dois carros e uma casa vendidos. **Você vendeu tudo para gastar com a droga?** Tudo, vendi tudo para gastar na farra, com mulher, com droga, com tudo. Tinha vezes que eu gastava 1.000, 2.000 reais por dia. É insanidade total. Teve um dia que eu vendi um carro no buteco. Um amigo falou que estava sem carro, pois tinha vendido para pagar o tratamento do pai, que estava com câncer e não podia andar a pé, pois ele é gordão, deve ter uns 150 Kg e tem dificuldade enorme pra pegar ônibus. E ele me pediu um carro, que na época eu tava com 3 ou 4 carros e eu tinha um fusca, que era meu “xodó”. Disse que não vendia, pois esse carro era “minha namorada”, mas aí toma umas e outras e eu entreguei a chave e o documento do carro. Ele disse que não tinha como me pagar, tava com empréstimo no banco e então, falei que ele iria me pagar o carro em 8 vezes, e a primeira prestação do carro seria a conta do bar. Eu praticamente dei o carro pro cara. Ele pagou depois, mas eu não recebi, pois nessa época estava vivendo com outra mulher. Às vezes eu dormia na casa dela, às vezes não e ela ficava maluca porque não entendia nada. Na verdade, meu compromisso era de morar com ela, mas tinha dias que eu não aparecia. Ela ficava preocupada e ia atrás de mim, ficava me ligando, eu desligava o celular. Aí no final das contas eu não dei certo com ela, porque ela não me suportava mais, ela

não me agüentava. Eu bebia, bebia, bebia e chegava lá quando os butecos fechavam e não tinha mais nada, aí eu queria transar, queria tudo. E isso começou a incomodar ela. Sabe o que é levantar às 3 horas da manhã pra beber? Eu não conseguia mais dormir, se eu acordasse eu ficava ligado. Depois de tanto beber, o álcool me derrubava e eu dormia. Às 7 horas da manhã eu acordava, o café da manhã na mesa todo arrumado e o que eu fazia? Bebia! Eu ficava passando mal, suando frio, tremendo e não conseguia comer. Nesse período eu já substituí a comida pelo álcool. Deu sono, depende de droga, pra ficar acordado, depende de droga, seu alimento é a droga, seu amor é droga. Tudo gira em torno dela. Por exemplo, eu faço vários cursos e um deles eu sou técnico de informática e o pessoal me procurava muito. Eu tive uma empresa de informática e foi tudo pro “pau”. Eu tenho um sócio até hoje e ele continuou. Eu nunca tirei nada de lá, nunca peguei o dinheiro do meu investimento que tenho lá. Então eu fiz tudo isso, essa substituição toda. E ao longo do tempo, eu só pensava em matar minha mulher, sentimento de raiva, de revolta, era um negócio louco (**disse que foi acusado de assassinato e contou o caso, julgo desnecessário para o objetivo tal da pesquisa**). Então me envolvi com um monte de coisas e não agüentava mais, já estava me sentindo mal e pensei: “tenho que parar se não eu vou morrer, tenho que fazer alguma coisa, o que? Vou morrer”. Então comecei a beber mais e a fumar mais, na “doideira”, e já estava misturando geral. Qualquer coisa pra mim servia: merla, qualquer droga. Foi quando minhas filhas começaram a me procurar. Porque elas não sabiam o verdadeiro motivo da separação, todas as provas que te falei, eram minhas, ninguém sabia, eu não falei. Elas acharam que eu tinha recaído mesmo com as drogas e tava louco, mas depois elas descobriram tudo sozinhas, eu nunca contei nada. E começaram a vir atrás de mim, eu não queria e disse: “vocês me abandonaram na hora que precisei, então não quero saber de vocês, me deixa”. Eu fugia delas, não atendia telefone, mudei de celular, eu tinha um endereço, mas era só o endereço, elas iam lá, mas não iam me achar nunca. Até que um dia elas ligaram para um amigo meu e ele informou à elas onde eu andava. Aí minha filha mais nova, hoje tem 23 anos, foi atrás de mim. Quando ela me viu eu tava no bar, “doidão”, barbudo, todo sujo, tava nem aí, tinha três dias que eu não ia em casa, nem para trocar de roupa. Quando ela me viu assim começou a chorar, veio falar comigo e aquilo foi me doendo. Ela começou a falar as verdades, que até então eram verdades minhas. E foi um momento que me tocou. Ela disse: “pai, você vai morrer, se acabar, por causa disso? Ela ta lá bonitona, feliz. Esse não é meu pai que eu conheci, não to te reconhecendo. Olha como você está, parecendo mais um mendigo. Você sabe o que tem que

fazer? Levanta a cabeça, eu quero te ver em pé, eu quero tá junto de você”. E falou que o marido da minha filha me adorava, que ele só não me procurava por medo que eu matasse ele, eu era maluco, doido de jogar pedras. Eu também não tinha nada contra ele, mas quando brigamos, eu quase deixei ele cego, porque ele estava de óculos e eu dei um soco nele, que quebrou os vidros do óculos e quase entrou no olho dele. Meu filho até hoje não fala comigo, desde essa época nunca mais nos falamos. Depois disso, no dia seguinte da iniciativa da minha filha vir atrás de mim, eu levantei e falei: “vou mudar”. Mas aí enchi o “pote”, tomei nesse dia dois litros de vodka e mais as drogas que eu usei. E aí pensei: “não tem condições”. Liguei pro coordenador da Comunidade e pedi ajuda. Ele me mandou ir pra lá na mesma hora para eu me internar. Porque é assim, quando o cara toma a decisão, tem que ser na hora, se deixar um pouco ele desiste. Eu fui, mas antes eu terminei de beber e cheguei lá já era de noite. Quando acordei lá de manhã, com a decisão firme, estava mal pra caramba, tremendo e pensei: “Preciso de alguma coisa. Não. Preciso é de determinação e de Deus”. E lá eu fiquei por 9 meses. De lá pra cá eu nunca mais usei droga. E quando terminei meu período lá, me convidaram para dar continuidade como coordenador, porque não tinha ninguém lá para tomar conta da Casa. Aliás, tinha uma pessoa, mas que sozinha não dava. Acabaram me convencendo e lá estou até hoje. **Você está sem usar droga há quanto tempo?** Estou “limpo” a partir do dia que entrei lá, dia 02/09/2005. Os 9 meses que fiquei internado, na verdade, eu fiquei quase todo trabalhando lá, por causa da experiência que eu tinha na Casa e tudo mais, eu os auxiliava e então, passei mais tempo trabalhando. Depois que eu completei os 9 meses, aí me contrataram. Acabei criando um vínculo muito grande com a Casa e os residentes criaram um vínculo tão grande comigo, que até recebi convite de outras Instituições, mas não aceitei. Até chegaram a falar para mim, que se eu saísse de lá, todos saíam, ninguém iria ficar. Eu passei um tempo fora de lá, para fazer uns cursos, e quando voltei os caras estavam todos malucos, dizendo que iriam embora se eu não voltasse. Eu quero dar continuidade a isso, porque eu também preciso, eu ainda preciso disso. Se bem que hoje eu tenho uma visão totalmente diferente daquela visão que eu tinha antes, em relação a minha ex mulher. Hoje eu não tenho ódio dela, não tenho raiva dela, não tenho nenhum sentimento. O de amor que eu tinha por ela também. Hoje eu a vejo de uma forma diferente. Não consigo ter nenhum sentimento. Sei que ainda guardo lembranças boas dela, mas fica só por aí, morreu. Esse tempo todo fez com que essas coisas fossem removidas. Mas eu busquei muito isso no programa de tratamento, ele é muito espiritualizado, os 12 passos, não sei se você já teve a oportunidade de ver... **Já.** Ele é

muito voltado para a espiritualidade. E busquei trabalhar muito meu lado da espiritualidade, da bondade, fraternidade e procurei fazer isso muito. Aí você começa a ver as coisas boas, até nas coisas ruins, consegue ver a coisa de uma maneira diferente. Apesar da minha idade, eu ainda tenho muita coisa pra teimar, dá pra fazer aí um monte de coisa. Por exemplo, hoje minha namorada tem 28 anos, é mais nova que a minha filha e ela me adora, eu não sei porque, o que ela viu em mim, porque ela é linda. Eu não sei o que ela viu em mim, mas ela diz que me ama, eu vou fazer o que? (risos). **Na época da sua dependência com as drogas, como era a sua auto-estima, como você percebia a si e aos outros?** Durante o uso a sua auto-estima fica muito baixa, baixíssima mesmo, você não se cuida, não tem preocupação com você, não tem preocupação se seu carro tá limpo ou sujo. Você só tem preocupação em ter para poder: quer ter dinheiro, mas pra você. Não é para mostrar nada aos outros. Você não se preocupa com os outros, o que eles pensam sobre você, você não está nem aí. A preocupação que você tem com as outras pessoas é zero, você não preocupa com ninguém e nem com os sentimentos dos outros. É mais ou menos assim: “me queira, quem eu quero, se não me quiser, dane-se” **(traduzido)**. As pessoas que estão ao seu lado, te querendo bem, te apoiando, que estão bebendo junto com você, essas pessoas que interessam, não importa quem elas sejam, se é vagabunda, prostituta, você dá valor a isso, dá valor a quem não te nega. E você simplesmente detesta quem é contra isso, quem vai te dá um conselho, você não admite. Se alguém chegar pra você e disser: “cara, eu gosto de você e você está se acabando”. Você diz: “vai cuidar da sua vida”. Ou seja, você não dá valor na verdade às pessoas que te valorizam de fato. Você despreza as coisas boas da vida, aí que vem os desvios de conduta, eu não cheguei a esse ponto, mas muitos chegaram a roubar, matar, tirar dez reais da pessoa e tirar a vida dela. O cara que usa a droga, ele precisa da grana, quer ter pra poder usar. E mata na maior frieza do mundo e comete atos de insanidade. Ele é capaz de cometer loucuras por causa da droga. A sua auto-estima vai pro “pau”. Hoje eu me preocupo todo dia em fazer minha barba, em tomar banho, antes eu não me preocupava com isso, ficava 2, 3 dias sem tomar banho e achava que a mulher tinha que me achar cheiroso. Ou seja, todas as pessoas têm que te aceitar do jeito que você é, se não, você não aceita. É uma inversão de valores. A escravidão a gente só vê com clareza, ou quando a gente tá sofrendo muito, mas isso é num período pequeno, que você começa a perceber ou quando você pede ajuda, pede socorro. Enquanto você acha que tá bem, tá legal, que tem grana, você não precisa de ajuda e nem de ninguém. Quando você pede ajuda e tem no momento, de repente pode te salvar naquele momento, mas se você não consegue ajuda

nesse momento, de repente você vai pro “buraco”, porque talvez você não se permita a ter esse sentimento mais uma vez. São vários os momentos que o dependente tem orgulho, então se ele pede ajuda hoje e você não “dá a mão” para ele, pronto, ele não pede mais, pois o orgulho é muito grande. Se você negar alguma coisa ao dependente, você não existe mais pra ele, acabou. Você pode ser a pessoa mais maravilhosa do mundo, mas se ele te pedir algo e você negar, você deixa de ser e pode ser pai, mãe, irmão. O que domina o dependente é algo muito maior que você pode imaginar. Para se manter em sobriedade e abstinência é o esporte. Eu jogava tênis e sempre ia, mesmo “doidão”. Parei tem uns 3 anos, mas ainda quero voltar. Mas é isso, o caminha da droga que a gente trilha são vários, mas o final é o mesmo, todo mundo se encontra no mesmo lugar. **Antes do uso da droga como era sua relação com os estudos, com o trabalho e com a família?** Era beleza. Antes da droga, minha relação com a família sempre foi muito boa, tanto com a minha, quanto com a dela. Eu me casei novo, com 18 anos, tenho filha de 30 anos, a mais velha. Sempre tive um relacionamento familiar fantástico. Era uma relação cordial, boa e afetiva. Meu relacionamento com minha mulher era sensacional, era de admirar e as pessoas comentavam. Era uma família excepcional, fico olhando pra trás e vejo como era minha família, tanto é que nenhum dos meus filhos desviaram, eles não bebem, não fumam, não usam drogas e tão fazendo faculdade. A mais velha terminou, a mais nova tá terminando letras e o rapaz tá na faculdade. Eles não usam álcool, nada, por que? Porque no período deles de formação da personalidade, nossa família era equilibrada, o pai era equilibrado. Eu bebia minha cerveja, mas era só aos finais de semana, não interferia em nada. A droga começa a interferir a partir do momento do uso abusivo, enquanto não é abuso, é tudo normal. Mas o meu convívio era muito bom, no ambiente de trabalho também, tanto que eu comecei a trabalhar com 14 anos, com carteira registrada. Meu primeiro emprego foi na Infraero, eu comecei como office-boy. E com os estudos também, estudei em colégios particulares, que eram caros. **Ainda na época que você não tinha iniciado o uso da droga, como era a sua auto-estima? Como você se enxergava?** Sem o uso da droga, eu não era desleixado, não era largado com as coisas e comigo. Tinha uma auto-estima elevada. Tinha uma preocupação grande com a minha aparência e com tudo. **Ok. Diga-me uma coisa, você é uma pessoa que gosta de estar sozinho?** Não gosto de ficar sozinho. Gosto sempre de estar com pessoas, acho ruim ficar sozinho. Uma das pessoas que gosto de estar são os companheiros, pois eles estão com o mesmo propósito que eu. Então, às vezes, ligo para eles e eles também me ligam. Gosto também de estar com minha “gata” (risos). **Para tomar decisões**

no seu dia-a-dia, você se considera dependente dos outros? Sou independente. Tenho uma personalidade forte e não tenho medo de tomar decisões. Então faço isso sozinho mesmo. E não me arrependo do que decido. **Você costuma ter aceitação de si e dos outros?** Me cobro muito e dos outros também. Não admito cometer erros repetitivos. Se errei uma vez, tento não errar de novo. Tento aprender com meus erros. Eles têm que servir para alguma coisa na minha vida. **Você é rígido em seus valores morais?** Não sou permissivo. Primeiro eu digo não, para os outros e principalmente para mim. Sabe por que? O não te dá possibilidades de você pensar, para avaliar a situação. Agora se você já diz o sim, aí não tem mais jeito, já aceitou. Busco a assertividade das coisas. **Geralmente você tem o controle das suas emoções?** Tenho dificuldades de lidar com minhas emoções. Não tenho o autocontrole delas. O dependente sente que falta algo, ele tem um buraco negro e precisa ocupar esse buraco. Não pode deixar que ele fique. Ele não age como as pessoas “normais”, possui uma manipulação exacerbada, tem um poder de persuasão enorme, possui um poder de convencer que é cruel. **Na sua vida você age pelo emocional?** Sou sensível, tenho o emocional forte, choro também. Às vezes as coisas para mim não se encaixam. Possui um temperamento explosivo e para que isso não aconteça, penso antes de agir, justamente por causa desse temperamento explosivo. Não costumo agir pelo impulso, tento usar a razão. Faço isso também para não cometer erros, como te falei, não gosto de cometer erros várias vezes. Mas isso é agora que parei de usar a droga, quando eu usava não era assim. Eu fazia o que vinha na cabeça, não pensava para agir. **Você possui confiança nas pessoas?** Confio, tenho extrema confiança. Não tenho muito grilo com as pessoas. Daquele jeito, confio até que me prove ao contrário. Faz bem sabe, mostrar ao outro que você confia nele, a pessoa se sente bem. Eu namoro uma moça bem mais nova do que eu, imagina se eu for desconfiar dela... Sei que os homens dão muito em cima e tudo, mas eu confio. **No seu dia-a-dia você gosta de situações novas e de mudanças?** Adoro mudanças, o novo me atrai. Gosto de passear e conhecer lugares diferentes. Tanto que não fico muito tempo em emprego, isso cansa para mim. Claro que também não saio mudando toda hora, fico um tempo bom, como já te contei. **Ainda em relação as experiências novas, você gosta de desafios e de correr risco?** Sim. Eu gosto de viver perigosamente. O risco me atrai, me arrisco demais. Gosto disso até como superação. Acho que assim eu me supero. Não tenho medo. **Você me respondeu essas perguntas, dizendo a maneira que você é. Mas e antes do uso da droga, era assim também?** Sim, sempre foi assim. Acho que isso não muda, era assim antes do uso, durante e agora.

Depende também quando que aconteceu o uso. No meu caso, quando comecei a usar minha personalidade já estava formada. Agora tem pessoas que ainda não tem a personalidade formada quando a droga entra na vida dela. Alguma coisa muda, como por exemplo, as companhias. Durante o uso da droga, você quer estar com pessoas que façam uso também. Mas fora isso, foi sempre assim, a droga não muda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2003). **DSM-IV-TR, Referência rápida aos critérios diagnósticos.** Trad. Maria Cristina Ramos Gularte (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- BALLONE, G. J. (2005). **Adicção, Drogadicção, Drogadicto.** Disponível em <http://www.psiqweb.med.br>. Acessado em 12 de agosto de 2006.
- BALLONE, G. J. (2005). **Friederich Perls.** Disponível em <http://www.psiqweb.med.br>. Acessado em 21 de outubro de 2006.
- BALLONE, G. J. (2005). **Teoria da Personalidade.** Disponível em <http://www.psiqweb.med.br>. Acessado em 16 de setembro de 2006.
- BARDIN, L. (1979). **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70.
- BERGERET, J. & Leblanc, J. (1991). **Toxicomanias: Uma visão multidisciplinar.** Porto Alegre: Artes Médicas.
- BUCHER, R. (1992). **Drogas e Drogadição no Brasil.** Porto Alegre: Artes Médicas.
- BUENO, F. S. (1996). **Minidicionário da Língua Portuguesa** (ed. rev. e atual.). São Paulo: FTD.
- CHARBONNEAU, P. E. (1983). **Pais, filhos e tóxicos.** São Paulo: Almed.
- COSTA, M. A. (2000). **Overdose por cocaína.** Disponível em <http://www.antidrogas.com.br>. Acessado em 11 de agosto de 2006.
- COUTO, R. S. D. (2004). **Contato: suas implicações para o processo saúde/doença.** Disponível em http://www.nead.unama.br/bibliotecavirtual/revista/lato/pdf/lato51_2.5.pdf. Acessado em 21 de outubro de 2006.
- COX, M. W. (1988). **Tudo sobre drogas: Personalidade do viciado.** São Paulo: Nova Cultural.

- DELISLE, G. (1999). As relações objetais na gestalt-terapia: em direção a uma abordagem integrada para o tratamento dos distúrbios da personalidade. **Revista do V Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica**, 5(5), 47.
- DIAS, F. N. (2002). **Sociologia da Toxicodependência**. Lisboa: Instituto Piaget.
- DIBO, D. (2001). **Drogas e Auto-Ajuda**. São Paulo: DPL.
- DUARTE, R. (2002). **Pesquisa qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo**. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acessado em 03 de novembro de 2006.
- EDWARDS, G. & Lader, M. (1994). **A natureza da dependência de drogas**. (R.E.S. Costa, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- FERREIRA, B. W. (2000). **Análise de conteúdo**. Aletheia, 1, 13-20.
- FREITAS, M. T. A. (2002). **A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa**. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acessado em 03 de novembro de 2006.
- GINGER, S. & Ginger, A. (1995). **Gestalt: Uma terapia do contato**. (S. S. Rangel, trad.). São Paulo: Summus. (Trabalho original publicado em 1987).
- GONZÁLEZ Rey, F. L. (2002). **Pesquisa qualitativa em psicologia: Caminhos e desafios**. (M. A. F. Silva, trad.). São Paulo: Pioneira. (Trabalho original publicado em 2000).
- JAFFE, J. (1981). **Tóxicos e outros vícios**. São Paulo: Harper & How do Brasil.
- KALINA, E. (1987). **Viver sem drogas**. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- LAPA, A. (1998). **Estudo clínico do alcoolismo**.
- MARTINS, J. & Bicudo, V. (1987). **A pesquisa qualitativa em psicologia: Fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes.

- NICOLAU, P. F. M. (2003). **Glossário de Termos Técnicos**. Disponível em <http://www.psiquiatriageral.com.br>. Acessado em 16 de setembro de 2006.
- OLIEVENSTEIN, C. (1984). **A droga: Drogas e Toxicômanos**. (2ª ed.). São Paulo: Brasiliense.
- OUTEIRAL, J. O. (2003). **Adolescer: Estudos revisados sobre adolescência**. (2ª ed. rev., atual. e ampl.). Rio de Janeiro: Revinter.
- PERLS, F. (1988). **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia**. (J. Sanz, trad.). Rio de Janeiro: LTC. (Trabalho original publicado em 1973).
- PERLS, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1997). **Gestalt-Terapia**. (F. R. Ribeiro, trad.). São Paulo: Summus. (Trabalho original publicado em 1951).
- POLSTER, E. & Polster, M. (2001). **Gestalt-terapia integrada**. (S. Augusto, trad.). São Paulo: Summus. (Trabalho original publicado em 1973).
- RICHARD, Denis. (1997). **As drogas**. Lisboa: Instituto Piaget.
- SACCONI, L. A. (1996). **Minidicionário Sacconi da Língua Portuguesa**. São Paulo: Atual.
- SILVEIRA Filho, D. X. & Gorgulho, M. (1996). **Dependência: Compreensão e assistência às toxicomanias**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- TENÓRIO, C. M. D. (2003). **Os transtornos da personalidade histriônica e obsessivo-compulsiva na perspectiva da Gestalt Terapia e da teoria de Fairbairn**. Tese de doutorado de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- TENÓRIO, C. M. D. (2005). **O “self” e o “eu” nos transtornos histriônico e obsessivo-compulsivo da personalidade**. In Anais, 1. XI Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica: Presença e Existência, Goiânia, GO: Andrade, C.C & Carmo, M.
- TIBA, I. (1998). **Saiba mais sobre maconha e jovens: Um guia para leigos e interessados no assunto**. (4ª ed.). São Paulo: Ágora.

TURATO, E. R. (2005). **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Disponível em <http://www.scielo.br>. Acessado em 03 de novembro de 2006.

WIKIPÉDIA (2006). **Enciclopédia virtual.** Disponível em <http://www.wikipedia.org.br>. Acessado em 16 de setembro de 2006.